



■ 경제인문사회연구회 협동연구 총서 13-32-02
협동연구 2013-2-2

임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

이상림 · 박지연 · 안이수 · 김근영

【책임연구자】

이상림 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요저서】

중앙정부와 지방정부의 저출산정책 연계방안
한국보건사회연구원, 2012(공저)

혼인이주여성 건강장애요인과 건강정책 제안
IOM 이민정책연구원, 2010(공저)

【공동연구진】

박지연 한국보건사회연구원 연구원

안이수 신홍대학교 교수

김근영 서울대학교 보건대학원 석사과정

경제인문사회연구회 협동연구 총서 13-32-02
협동연구 2013-2-2

임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

발행일 2013년
저자 이상림 외
발행인 최병호
발행처 한국보건사회연구원
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우:122-705)
전화 대표전화: 02)380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처 경성문화사
가격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2013
ISBN 978-89-6827-063-5 (세트)
ISBN 978-89-6827-114-4 94330

발간사 <<

계속되는 저출산의 사회문제 속에서 건강한 아이의 출산에 대한 정책적 중요성과 사회적 인식은 날로 높아지고 있다. 실제로 정부의 저출산 정책은 출산율의 제고와 더불어 건강한 자녀의 출산과 양육을 목표로 설정하고 있다. 그럼에도 불구하고 다양한 사회환경 및 인구학적 변화로 인하여 저체중아나 조산아 출산과 같은 출산결과 이상은 계속적으로 늘어나고 있다. 그러나 출산결과의 악화는 일반적 인식과는 달리 고령산모의 증가보다는 전반적인 생식건강의 악화에 기인한 바가 더 크고, 이상출산결과의 발생률은 고령산모뿐만 아니라 모든 연령대의 산모들에서 증가하고 있다.

이렇게 특정 위험군이 아닌 모든 연령에 걸친 출산건강의 악화는 출산건강 증진 정책이 있어서 전체 대중을 대상으로 한 예방적 차원의 접근방식의 필요성을 보여준다. 그러나 지금까지 우리사회의 출산건강 관련 정책은 출산 이후의 사후 의료적 지원이나 주산기 관리에 중점을 두어 전체적인 출산건강 증진에서는 그 효과에 많은 한계가 있다.

이에 이 연구는 그간 우리사회에서는 다소 생소할 수 있는 임신 전의 출산건강 관리(preconceptional care)에 관한 접근을 시도한다. ‘가임기 여성 임신 전 출산건강 증진 방안’이라는 협동과제의 1차년 연구로 진행된 이 연구는 우리사회의 임신 전 출산건강 관리 및 임신 준비 실태를 분석하고, 이에 대응하는 정책의 방향성을 제시한다. 이 연구는 조사자료를 통해 임신 건강 지식, 임신 준비 실천 등의 현황과, 임신건강 관련 지식습득 경로, 임신 간 출산건강 관리 등에서의 문제점들을 보여준다. 더

불어 임신 및 출산 경험 사례들을 대상으로 한 심층적인 질적 연구는 통계분석으로 확인된 문제점들의 발생 과정들을 심도 있게 보여준다. 이 연구는 분석 결과들을 바탕으로 의료 영역뿐만 아니라, 학교, 지역사회, 직장, 가정 등 비의료 영역들을 아우르는 다양한 임신 전 출산건강 증진 방안들을 도출하고 있다. 이 연구의 결과들과 정책적 제안들이 향후 임신 전 출산 건강 관련 학술 연구와 정책 개발에 중요한 기초를 제공해줄 것으로 기대한다.

연구진은 이 연구의 진행과정에서 감독자임에도 불구하고 공동연구자 수준의 전문적 조언으로 연구에 도움을 준 순천향대 산부인과 이임순 교수님과 이대 목동병원 산부인과 정혜원 교수님께 특별한 감사의 뜻을 전하고 있다. 더불어 이 연구에 기초를 제공해준 많은 연구조사 및 심층면접 참여자들에게도 고마움을 표한다. 끝으로 이 보고서의 내용들은 우리 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구자의 개별입장을 대변함을 밝혀둔다.

2013년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

경제·인문사회연구회 협동연구 총서

“가임기 여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구” (1차년도)

1. 협동연구총서 시리즈

협동연구총서 일련번호	연구보고서명	연구기관
13-32-01	가임기 여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구 (총괄보고서)	한국보건사회연구원
13-32-02	임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안	한국보건사회연구원
13-32-03	고령 임신부의 산전 질환 및 출산결과 동향분석과 정책적 함의	한국여성정책연구원

2. 참여연구진

연구기관		연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국보건사회연구원	이상림 부연구위원 (총괄책임자)	
협력연구기관	한국보건사회연구원	이상림 부연구위원	박지연 연구원 안이수 교수 김근영
	한국여성정책연구원	김동식 연구위원	김영택 연구위원 최인희 연구위원 선보영 전문연구원 최인선 위촉연구원

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	11
제1절 연구배경 및 목적	13
제2절 연구 주요 내용 및 연구 방법	16
제2장 출산결과 및 임신 전 관리에 관한 선행연구 고찰	27
제1절 출산결과 결정 요인	29
제2절 생애적 관점의 접근(life span approach)	49
제3장 출산결과 동향 분석	55
제1절 국내 출산결과 동향	57
제2절 이상 출산결과 위험 분석	65
제3절 소결	79
제4장 출산건강 증진을 위한 정책과 사업	85
제1절 임신 및 출산 건강 관련 법률	87
제2절 중앙정부의 출산건강 지원 정책	97
제3절 난임부부 지원 사업	105
제4절 지방 정부의 출산건강 지원 정책	111

제5장 임신 전 출산건강 관리 실태	119
제1절 분석 자료 및 내용	121
제2절 출산결과와 위험요인 노출	123
제3절 임신준비 지식과 임신 준비 행동	144
제4절 임신 간 출산건강 관리(interconceptional care)	179
제6장 임신 전 출산건강 관리 지원 방안	185
제1절 임신 전 출산건강 관리 지원 정책 방향	187
제2절 임신 전 출산건강 관리 지원 방안	191
참고문헌	205
부록: 임신준비 및 출산에 대한 조사표	215

표 목차

〈표 1- 1〉 심층면접 질문 내용	22
〈표 1- 2〉 심층면접 대상자 특성	23
〈표 1- 3〉 심층면접 참여 전문가 및 자문내용	24
〈표 2- 1〉 스웨덴의 의약품 허용 분류(FASS)	34
〈표 2- 2〉 미국 식품의약품안전청의 의약품 분류	34
〈표 2- 3〉 호주 의약품 평가위원회(ADEC)의 의약품 분류	35
〈표 2- 4〉 선천성 이상 69개 주요 질환	46
〈표 3- 1〉 산모의 연령구성과 출생결과 이상아 출산율 분포	63
〈표 3- 2〉 출생결과 이상아 출산율의 변화에 대한 분해결과	63
〈표 3- 3〉 부모 및 출산의 특성에 따른 출생결과의 분포(저체중아)	67
〈표 3- 4〉 부모 및 출산의 특성에 따른 출생결과의 분포(조산아)	68
〈표 3- 5〉 저체중아 출산에 관한 위험분석 결과(odds ratio)	74
〈표 3- 6〉 조산아 출산에 관한 위험분석 결과(odds ratio)	78
〈표 4- 1〉 임신 및 출산 관련 법률	89
〈표 4- 2〉 분만 취약지 선정 지역	98
〈표 4- 3〉 미숙아 의료비 지원 내용	99
〈표 4- 4〉 마더세이프 임신부 대상 주요 상담 내용	102
〈표 4- 5〉 기타 임신·출산 건강지원 사업	105
〈표 4- 6〉 난임부부 시술비 지원사업 연도별 변화	108
〈표 4- 7〉 난임부부 시술지원 사업 실적	108
〈표 4- 8〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업 개수 및 시도별 분포	113
〈표 4- 9〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업의 정책 영역별 분포	114
〈표 4-10〉 지역별 사업 총예산 규모 및 사업당 평균 예산	115
〈표 4-11〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업 내용 분포	117
〈표 5- 1〉 출산결과별 기초통계	124
〈표 5- 2〉 연령별 출산결과 이상(조산)	126

〈표 5- 3〉 연령별 출산결과 이상(종합적 출산결과)	127
〈표 5- 4〉 출산결과별 위험노출 정도	131
〈표 5- 5〉 청소년기 부인계 질환 경험 사례의 이상 출산결과 발생 정도	133
〈표 5- 6〉 임신 전 엽산제 복용여부	145
〈표 5- 7〉 임신 전 엽산 비복용 이유	147
〈표 5- 8〉 임신 전 엽산 복용과 임신 지식/임신 준비 행동 평균	151
〈표 5- 9〉 임신준비 지식 및 행동평균 분포	153
〈표 5-10〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(전체)	158
〈표 5-11〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 학력 고졸 이하)	158
〈표 5-12〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 학력 전문대졸 이상)	158
〈표 5-13〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 연령 20대 후반)	160
〈표 5-14〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 연령 30대 후반)	160
〈표 5-15〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(첫째아 출산)	161
〈표 5-16〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(둘째아 출산)	161
〈표 5-17〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(셋째아 출산)	161
〈표 5-18〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(직장생활)	162
〈표 5-19〉 임신 준비 지식에 따른 임신 준비행동 및 위험 노출 정도	162
〈표 5-20〉 인터넷 정보 신뢰성 정도	172
〈표 5-21〉 가장 많이 이용한 임신건강지식 경로에 따른 임신준비 수준 차이	174
〈표 5-22〉 이전 임신 결과와 임신 전 준비	180
〈표 6- 1〉 제안 된 임신 전 출산 건강 증진 정책들의 분류	190

그림 목차

[그림 2- 1] 여성의 출산주기에 대한 개념도	50
[그림 2- 2] 주산기 건강 개념도	52
[그림 3- 1] 산모의 연령별 이상아 출산율 변화 추이	60
[그림 3- 2] 산모의 연령에 따른 저체중아 및 조산아 출산율 분포	62
[그림 4- 1] 마더세이프 제작 안내 책자 사례	103
[그림 4- 2] 연도별 난임 진단자 수	106
[그림 4- 3] 난임부부 지원 수행 체계	110
[그림 5- 1] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도	130
[그림 5- 2] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도 비교(저체중 출산)	131
[그림 5- 3] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도(종합적 출산결과)	132
[그림 5- 4] 계획된 임신 시 위험요인 노출	135
[그림 5- 5] 혼전 임신 여부에 따른 위험요인 노출정도 비교	137
[그림 5- 6] 임신 관련 정보 습득 경로	164
[그림 5- 7] 임신 정보 신뢰성 정도(매우 신뢰한다는 응답의 비율)	164
[그림 5- 8] 임신 중 '아이가 정상이 아닐 수 있음을 걱정했다'에 대한 응답	176
[그림 5- 9] 임신 중 '나는 출산 후 나의 건강을 걱정했다'에 대한 응답	176
[그림 5-10] 임신부들의 약물 이용에 대한 전문의 상담 실태	177
[그림 6- 1] 임신 전 관리의 기본 요인들의 관계 개념도	188
[그림 6- 2] 임신 전 출산건강 관리 증진을 위한 정책 개념도	189

Abstract ‹‹

The Status of Preconceptional Care and Policy Recommendations

Preconception health, health behavior, and preparations prior to becoming pregnant, play important roles in determining the outcomes for babies and mothers. Preventive care to improve reproductive health and avoid birth risk factors, optimizes the chances for a healthy mother and baby at relatively small cost. Korean society, however, has focused on perinatal and postnatal care based on medical-centered view.

The main purposes of this study are to explore the status of preconceptional care at individual and policy levels, and to identify risk factors for healthy pregnancy preparing behaviors in Korea. For the purposes, we conducted a survey of 1,549 women who have childbirth experience in current three years, and 20 depth interviews with mothers who experienced pregnancy in current three years and experts from various areas including obstetrics, education, and public health.

The findings show that low social economic status of mother and father, unplanned pregnancy, pregnancy at ages under early twenties, birth experience, masculine culture at workplace, infertility clinic, and dependency on internet as a preg-

2 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

nancy health information source have negative influences on preconceptional care. These are more likely to decrease the level of pregnancy preparing behavior or increase exposures to risk factors.

The results demonstrate that knowledge and perception on healthy pregnancy preparing interact giving positive effects each other, and these encourage pre- and inter-conceptional care behaviors. This emphasizes the necessity of preconceptional care policy to advance public knowledge and perception on healthy pregnancy and remove social and economic obstacles to preconceptional care behaviors.

This study provides various policy recommendations including improvement of sex and health education for adolescents and adults, public relations on preconceptional care, extended application of health insurance for preconceptional care and pregnancy consulting, establishment of network between school and local gynecologic hospital, gynecologic hospital visits voucher for adolescents, and so on.

The study suggests that understandings on preconceptional care of females and even males, as well as close collaboration between medical and non-medical support sectors, are critical factors in a strategy to improve preconceptional care.

1. 연구의 배경 및 목적

- 이 연구는 생의학적 요인뿐만 아니라 사회경제적 요인들에도 주목하는 생애적 접근의 관점에 기반 하여, 지금까지 우리사회에서 본격적으로 다루지지 않은 임신 전 출산건강 관리(preconceptional care)를 다루려 함.
- 이에 임신 전 출산건강 관리의 실태와 문제점을 파악하고, 임신 전 출산건강 관리 증진을 위한 정책 방향을 제시하고자 함.

2. 연구방법

- 이 연구는 아래의 자료들을 통계 분석하고자 함.
 - '임신 전 임신 준비와 출산 결과'에 대한 설문조사 및 분석
 - 통계청의 인구동태 통계인 혼인통계 분석
- 최근 3년 간 임신 경험이 있는 여성과 임신(일부 미혼자 및 기혼 남성 포함)과 출산 분야 전문가 및 실무자들 대상 심층 면접 및 전문가 자문회의(질적 접근)
- 국내외 출산결과 및 임신준비에 관한 문헌 및 정책 분석

3. 주요 연구결과

가. 통계청 출생통계 분석

- 2011년 신생아 중 저체중아는 5.2%, 조산아는 6.0%로 나타났는데, 이는 지난 11년 동안 각각 36.8%, 39.5%가 증가
 - 출생결과 이상의 증가를 고령산모의 증가로 여기는 경향이 강하지만, 연령별 이상 출생아 출산율은 모든 연령집단에서 증가하였음. 이는 전반적인 출산결과의 악화를 의미

- 출산결과 이상의 증가에 대한 모의 연령 효과를 알아보기 위해 연령별 이상출산율을 분해(decomposition) 분석한 결과, 고령산모의 증가가 이상 출산결과에 미친 효과는 크지 않았음.

- 출생아 부모 및 출생의 특성이 출산결과에 미친 영향을 분석한 결과는 산모의 연령 이외의 다른 사회경제적 특성들이 영향을 미치는 것으로 나타남.
 - 출산연령의 경우 20대 초반의 저연령 산모의 출산에서도 출생결과가 부정적으로 나타나는데, 사회경제적 지위 효과를 통제한 이후에는 저연령의 부정적 영향력이 상당부분 사라짐.
 - 부(父)의 연령 역시 출생아의 출생결과에 영향을 미치는데, 이는 생물학적 요인과 사회경제적 요인들의 복합 작용 결과
 - 다른 요인들의 영향력을 살펴보면 사회경제적 지위가 낮고, 임신이 계획되지 않은 경우에서 출산결과가 열악하게 나타남.

- 이러한 분석결과들은 생애적 접근에 기초한 임신 전 출산건강 증진에 대한 실증적 정당성을 제공

나. 임신 및 출산 건강 증진을 위한 정책 분석

- 우리나라 정부와 지방자치단체들은 다양한 출산건강 증진을 위한 지원 정책들을 실행하고 있으나, 대부분의 접근은 출산 후 건강 이상아들에 대한 지원에 중점을 두고 있음.
- 이는 예방적 차원이라기보다는 사후에 대처하는 소극적인 대처로, 출산결과가 좋지 못할 경우 개인과 사회가 감당해야 할 사회적 부담이 크다는 것을 의미

다. 임신 전 출산건강 준비행동 실태 분석

- 임신 전 임신건강 준비 행동은 긍정적 출산결과와 유의미한 상관관계를 보이는데, 임신 전 엽산제 복용, 임전 건강검진, 그리고 임신 위험요소 노출 회피 등의 출산 준비 행동은 부모의 다양한 사회경제적 특성들에 따라 다르게 분포
- 전반적으로 학력 수준이 높고, 경제적 자원이 많으며, 초산인 경우 임신 준비 행동이 상대적으로 긍정적인 경향을 보임.
- 임신 위험요인 노출의 경우에는 임신 준비행동과 비슷한 분포를 보이지만, 20대 초반 여성의 경우에는 매우 열악한 노출 정도를 보이고, 직업 활동의 경우에도 위험 노출을 증가시키는 요인으로 작용
- 성인기뿐만 아니라 청소년기의 건강행동도 출산결과에 유의미한

6 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

결과를 미치는 것으로 분석되는데, 청소년기 부인계 질환을 경험한 경우 출산결과는 부정적으로 나타남.

- 계획임신은 다양한 출산 준비와 위험요인 노출을 예방하는 데 중요한 역할을 하는 매우 중요한 요소
 - 계획임신은 산모뿐만 아니라, 배우자의 지원을 이끌어낼 수 있으며, 위험요인 노출 예방 및 임신 후에도 긍정적 대응들을 유도하는 요인
 - 이를 위해서는 피임에 대한 지식과 인식이 필요하지만, 성인기 여성들은 지식과 인식이 부족한 경우들이 나타남
- 임신 전 엽산제 복용 비율은 모의 고학력, 초산, 경제적 여유, 부의 고학력, 직업 활동 참여 등의 경우에서 높음
 - 엽산제 복용 효과를 높일 수 있는 임신 전 복용은 전체 조사 대상의 43.5%에 불과
 - 임신 전 엽산제 복용에는 엽산제에 대한 지식 정도, 계획임신이 매우 중요한 요인으로 작용
 - 더불어 초산 이후에는 임신 전 엽산제 복용률이 감소하는데, 이는 첫째아 육아로 인한 어려움과 필요성 인식의 감소가 복합적으로 작용한 결과

라. 임신 전 출산건강 지식 실태 분석

- 임신 전 임신준비에 대한 지식수준이 높은 경우, 실제 임신 전 임신 준비 행동 수준이 높은 것으로 나타남. 이는 임신 전 임신건강 관리

에 대한 지식이 실제 임신 준비행동을 이끄는 매우 중요한 결정 요
인임을 시사

- 임신 전 임신 건강 관련 지식수준은 부모의 사회경제적 특성에 따라
차별적으로 분포하여, 출산 준비 행동 및 출산결과 악화의 경향을
만드는 주요 요인
- 그러나 임신 지식수준과 임신 행동 간의 상관관계에서는 산모의 특
성에 따라 차별성이 존재
 - 첫째아 출산 이후에는 그 상관관계가 매우 낮아 임신 건강 관련
지식수준은 높으나, 실제 준비행동 수준은 낮아지는 경향
 - 직업 활동의 경우에는 임신 위험요인 지식과, 임신준비행동 그리
고 위험 노출 예방 간의 상관관계가 매우 높는데, 이는 직장환경
의 개선을 통한 출산 건강 증진이 매우 효과적일 수 있음을 시사
- 임신 전 임신 건강 관련 정보에 가장 많이 이용된 습득 경로를 살펴
보면 인터넷 의존도가 매우 높아 44.1%로 나타났으며, 병의원 상담
을 통한 경우는 17.2%에 불과
- 인터넷을 통한 정보에 대한 신뢰수준은 상대적으로 높지 않았는데,
계획되지 않은 임신, 임신 준비의 미비 등이 높은 상황에서 접근성
이 좋은 인터넷 카페 등을 이용
 - 인터넷 카페 등 인터넷을 통한 임신 건강 정보는 부정확한 정보의
이용, 개인적 경험의 일반화, 정보의 자의적 판단, 병의원을 통한
적절한 처치 시기를 놓치는 등의 부작용을 초래

8 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

- 병의원은 낮은 상담 기능 등으로 적절한 시기에 적절한 정보를 제공하지 못하는 실정
- 유산 및 난임시술 경험 임신부에 대해서는 적절한 임신 간 및 임신 전 관리가 이뤄지지 않는 것으로 나타는데, 이들에 대한 특별한 관리가 요구됨.
 - 유산을 경험 한 임신부 자신의 탓을 하는 문화적 경향으로 적극적인 관리 및 임신 준비 행동으로 이어지지 않음.
 - 난임시술의 경우 시술 과정에서 경험하는 높은 스트레스로 임신 전 관리를 준비하지 못하며, 또한 부정적 효과 위험이 더 높은 불임시술 여성의 유산의 경우에는 불임의 과정으로 이해하여 유산 후 충분한 대처를 받지 못하는 것으로 드러남.
- 이상의 결과들은 임신 준비에 대한 지식과 인식이 임신 준비 행동을 높이는 요인으로 작용한다는 것을 보여주며, 더불어 임신 준비행동을 제약하는 일상생활 속의 장애들이 존재하고 있음을 보여줌.

4. 정책제언

- 기본 방향
 - 임신 전 출산건강 관리를 증진시킬 수 있는 정책적 방안들은 임신 건강 관련 지식 및 인식의 개선과, 임신 건강행동 증진 등 크게 두 가지 방향으로 진행될 필요
 - 임신 건강 관련 지식 및 인식의 개선은 관련 지식을 제공하고, 임

신 전 관리의 중요성을 인식 수준을 높이는 교육과 홍보 정책을 포함

- 출산 건강의 일상적 내재화를 위한 학교 교육 강화, 교육의 효과를 제고하기 위한 환경증진 정책 포함

○ 임신 건강 증진행동은 건강행동 장애요인 제거 및 접근성 증진을 위한 환경조성 정책과 자원 지원 정책으로 구성

□ 정책 개선방안

○ 보건 의료 서비스를 통한 임신 전 출산건강 지원

○ 청소년 대상 학교 기반 출산건강 증진

○ 대학생 대상 대학 기반 출산건강 증진

○ 성인 대상 대중 홍보 및 교육

○ 보건소 기반 지역 출산건강 증진 방안

*주요용어: 임신 전 출산건강 관리, 계획임신, 임신건강 지식, 임신준비 행동



제1장 서론

제1절 연구배경 및 목적

제2절 연구 주요 내용 및 연구 방법

제1절 연구배경 및 목적

1. 연구배경

우리나라에서 계속되는 저출산 현상으로 인한 출생아수의 감소는 인구학적 변동뿐만 아니라 사회경제적으로도 심각한 문제들을 초래할 것으로 전망되고 있으며, 이에 따라 출산율의 제고와 함께 건강한 자녀의 출산과 양육에 대한 사회적, 정책적 관심이 높아지고 있다. 실제로 정부의 저출산 대책에서도 건강한 자녀를 출산하고 양육하기 위한 다양한 정책적 노력들이 시행되고 있다. 그러나 사회적 관심 및 정책적 노력의 증대에도 불구하고 실제 저체중아 비율 및 조산아 비율 등으로 나타나는 출산 결과는 지난 10여 년 동안 계속적으로 악화되고 있는 것으로 보고되고 있다.

이러한 출산결과의 악화의 가장 중요한 원인으로 혼인 및 출산의 연기로 인한 고령출산의 증가가 지목되고 있다. 이는 우리 사회와 관련 학계에서도 산모의 연령이 출산결과의 가장 중요한 결정요인으로 받아들여지고 있음을 시사한다.

그러나 지난 10년 동안 우리나라 저체중아 및 조산아 출산의 비율 변화 양상을 살펴보면, 출산 결과의 악화는 출산연령의 변화보다는 전반적인 출산건강의 악화에 더 큰 영향을 받은 것으로 나타난다. 이는 출산 결과의 증진을 위해서 산모의 연령 이외의 다른 요인들의 영향에 대한 이해가 필수적이라는 것을 보여준다.

주로 해외에서 수행된 선행 연구들을 살펴보면 산모의 연령뿐만 아니

라 매우 다양한 요인들이 출산 결과에 영향을 미친다는 점을 확인해주고 있다. 이러한 요인들에는 산모의 건강상태, 감염 및 풍진 등 질병, 식생활 및 영양 상태, 음주와 흡연 및 약물 등 위험인자의 노출, 스트레스, 과로, 의료 서비스 접근성, 경제적 상태 등을 포함한다. 이러한 결정 요인들은 일상생활 속 복잡한 사회경제적 맥락들을 통해 출산 결과에 직간접적인 영향을 미친다.

이렇게 다양한 요인들이 다양한 맥락들을 통해 출산결과에 영향을 미친다는 사실은 출산결과와 관련된 논의 범위를 임신기뿐 아니라 임신(수정, conception) 이전으로까지 확대시킨다. 이는 임신 이전의 건강행동이나 위험인자 노출도 출산결과에 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 그리고 ‘임신 이전’의 범위도 임신 직전은 물론이고, 청소년기들을 포함한 훨씬 더 긴 시간 다시 말해 전생애적 범주(life-span approach)로 확장된다.

이와 같은 맥락에서 임신 이전의 출산건강과 관련된 예방적 관리는 출산건강 증진에 중요한 기여를 할 수 있다. 이미 오래전부터 서구 선진국들에서는 임신 전 관리(preconceptional care)의 중요성을 인식하고, 이를 위한 다양한 정책적 노력을 기울이고 있다.

그러나 우리사회에서 일반 대중들의 임신 전 출산건강 관리에 관한 이해는 관습적으로 내려오는 추상적 수준의 인식에 머물러 구체적 건강행동으로 이어지지 않는다고 볼 수 있다. 또한 정책적으로도 출산결과 증진을 위한 노력은 주로 주산기의 의학적 관리에 집중되어 임신 전 관리 및 비의학적인 사회경제적 요인을 반영한 정책 방안들에 대해서는 적극적인 접근이 이뤄지지 않고 있다.

임신 전 관리는 임신결과 결정의 메커니즘이 복잡한 만큼이나 다양한 영역들에서의 노력들을 아우르는 개념이라고 할 수 있다. 임신 전 관리는 산모로 하여금 임신 이전부터 위험 요인들에 대한 노출을 피하게 하고,

임신 및 출산 건강을 증진시키는 요인들에 대한 접근성을 높이고자 노력한다. 이에 따라 임신 전 관리는 임신의 가능성이 있는 여성은 물론이고 남성들로 하여금 임신과 출산과 관련된 건강행동의 주체로써 자신의 건강행동 개선을 실행하게끔 도와주는 여건을 마련해주는 데도 많은 노력을 기울인다.

이러한 맥락에서 출산결과 진증을 위한 정책적 측면서 생물학적 위험 요인들뿐만 아니라, 위험요인 및 건강진증 요인들에 대한 노출에 영향을 미치는 사회적 요인들도 함께 이해하는 작업은 필수적이다. 산모의 출산 연령이나 음주·흡연, 생식계 질환 등 생의학적 요인들과 함께, 태아의 부모가 경험하는 사회경제적 환경에까지 그 논의 범위를 확대시키는 것은 정책마련에서 매우 중요한 의미를 갖는다. 이는 출산결과 및 출산 건강 증진을 위한 정책적 접근의 범위를 의학적 처치에 중점을 둔 의료적 관리뿐만 아니라, 사회경제적 요인들을 고려한 예방적 접근으로까지 확대시킬 수 있는 근거를 마련해주기 때문이다.

2. 연구목적

이 연구는 지금까지 출산결과에 대한 논의들이 생의학적 범주에 집중되면서 주산기의 의학적 관점에 한정되어 온 경향에 대한 비판에서 출발한다. 이 연구는 생의학적 요인뿐만 아니라 사회경제적 요인들도 주목하는 생애적 접근의 관점을 견지하면서, 우리사회에서는 다소 생소한 개념이기도 한 임신 전 출산건강 관리에 접근하고자 한다.

이 연구의 목적을 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

첫째, 임신 전 관리 수준이 출산결과에 미치는 영향을 분석하고,

둘째, 우리 사회에서 임신 전 관리의 실태 및 이에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 하며,

셋째, 이상의 분석 결과들을 통해 출산건강 증진을 위한 방안들을 제안하고자 한다.

제2절 연구 주요 내용 및 연구 방법

1. 연구내용

앞서 제시한 연구배경 및 목적에 따라 이 연구 보고서는 다음과 같은 구성을 갖는다. 먼저 제 1장인 서론에서는 이 연구의 배경, 연구 목적, 연구 내용 및 연구 방법들을 소개하였다. 제 2장에서는 출산결과와 임신 전 관리에 관한 선행 연구들을 살펴보았다. 출산 결과에 대한 문헌 연구에서는 주로 저체중아, 조산아, 선천성 장애아 및 기형아 출산 등을 포함한 출산결과에 영향을 미치는 위험요인들을 소개하였다. 이러한 위험 요인들에 대한 노출의 예방은 임신 전 관리의 가장 중요한 부분이라고 할 수 있다. 그리고 임신 전 출산건강 관리에 관해서는 생애적 접근 차원에서 다뤄지고 있는 예방적 접근에 초점을 두어 임신 전 출산건강 관리에 관한 이론적 고찰을 실시하였다. 더불어 임신 전 관리의 효과에 대한 실증적 연구, 그리고 해외에서 실시되고 있는 출산건강 증진을 위한 정책 방안들을 간략하게 정리하여 소개하였다.

제 3장에서는 국내 출산결과의 동향을 살펴보고, 통계청 인구동향조사의 출산통계 자료를 활용하여 출산결과에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다. 이 분석은 그간 우리사회에서 저체중아 및 조산아 출산의 주된

원인을 산모의 연령에 기인한 것으로 여겼던 바에 대한 반론을 제기한다. 지난 10여 년 동안의 이상 출산의 증가가 고령산모의 증가에서 비롯된 것이 아니라 우리나라 여성의 전반적인 출산건강의 악화에 의해 나타났다는 점을 보이면서 특정 위험군이 아닌 일반 대중을 대상으로 한 예방적 차원의 출산건강 증진 정책이 필요하다는 점을 보여준다. 또한 출산결과 분석에서는 산모의 연령 외에도 사회경제적 지위, 출산 계획, 부의 연령, 거주지역 등의 요인들이 출산결과에 유의미한 영향을 미친다는 것을 보여줌으로써 사회경제적 요인들의 중요성도 제시한다. 이와 같은 분석결과들을 통해 사회경제적 맥락들을 반영한 일반 대중을 대상의 예방적 차원의 임신 전 관리 방안의 필요성에 대한 실증적 근거를 마련해준다.

제 4장은 국내에서 시행 중인 임신 및 출산 관련 법률과 정책 및 사업 현황들을 고찰하였다. 더불어 지방자치단체 차원에서 실시 중인 임신 및 출산 관련 지원정책들을 유형별로 살펴보았다. 이러한 정책 분석 결과는 우리나라의 임신 및 출산 지원 정책들이 대부분 산전 및 산후 정책들에 초점이 맞춰져 있음을 보여주며, 부부 교육 등의 비의료적 차원의 정책적 지원들은 매우 제한적으로 운영되어지고 있음을 보여준다.

제 5장은 임신 준비 및 출산에 관한 조사자료를 활용하여 우리나라 산모들의 임신 전 관리 실태를 파악하고 이것이 출산 결과에 미치는 영향을 분석한다. 이 장에서 다루지는 임신 전 관리는 계획임신, 임신 전 출산 준비 행위, 임신 전의 임신 관련 지식수준, 임신 정보의 출처, 임신 전 부인계 건강관리 실태 등 다양한 영역의 임신건강 준비 및 건강행동 현황을 살펴본다. 그리고 특별히 임신 간 관리(interconceptional care)의 관점에서 유산 및 사산 경험자의 임신 준비 실태와 그로 인한 출산결과의 차이를 살펴보고, 임신 간 관리의 맥락에서 난임 산모 관리에 관련된 내용들을 추가적으로 분석에 포함하였다.

이상과 같은 현황 분석과 더불어 다양한 사회경제적·인구학적 특성에 따라 이들 임신 관련 건강행동과 지식수준이 어떻게 달라지는가를 함께 살펴보고자 한다. 이러한 과정들은 임신 준비 행위 관련 위험군들을 알아보고, 우리 여건에 적합한 임신 전 출산건강 관리 정책을 위한 실증적 근거들을 제공하는 데 의의가 있다.

마지막 제 6장은 이 연구의 결론에 해당하는 부분으로 본 연구를 통해 살펴본 출산결과 결정요인, 임신·출산 관련 정책 사례, 임신 전 출산건강 관리 관련 분석 결과들을 바탕으로, 우리사회의 출산건강 증진을 위한 정책 지원 방안을 제안하였다. 그리고 출산건강 증진을 위한 정책적 제안에서는 의학적 관리방안뿐만 아니라, 학교, 일터, 지역사회 등 다양한 영역에서의 출산건강을 증진시킬 수 있는 임신 전 관리 방안들을 제시하고자 노력하였다.

이 연구의 연구주제가 임신 전 출산건강 관리인만큼 임신 전 관리의 실태와 그것의 출산결과에 대한 효과를 파악하는 데 주된 관심을 두고자 한다. 그러나 이 연구는 논의의 범주를 임신 전에만 한정하지 않고 청소년기를 포함한 임신 이전과 임신 간, 임신(수정), 그리고 내용에 따라 임신 초기 및 그 이후에까지도 필요에 따라 논의를 확장하고자 한다. 이는 출산결과나 출산건강이 시기에 따라 분절적으로 나누어지는 것이 아니라, 임신과 출산이라는 연속적 과정 속에서 이뤄지는 결과물이기 때문이다.

2. 연구방법

가. 연구의 범위

이 연구는 최근 출산 경험이 있는 여성들을 주된 대상으로 분석을 실시

하였다. 통계적 출산통계 자료 분석에서는 최근 10여 년간의 출산결과 동향 분석과 2011년 모든 출산에 대한 출산 결과들을 통계분석 하였고, 임신 및 출산 준비 실태 조사에서는 최근 3년 간 출산 경험이 있는 여성들을 분석 대상으로 하였다. 또한 심층면접과 전문가 자문회의를 실시하였는데, 심층면접에서도 마찬가지로 최근 3년 간 출산 경험이 있는 여성들을 대상으로 하였다.

나. 연구방법

이 연구에서 사용된 연구방법들은 다음과 같다. 이어지는 각 장에서 더욱 상세한 연구방법을 제시하였다.

○ 문헌조사

국내외 출산결과 및 임신 전 출산건강 관리(preconceptional care)에 관한 이론 및 선행 연구들에 대한 문헌 연구를 실시하였다. 출산결과와 관련해서는 저체중아, 조산아, 선천성 장애아 및 기형아 출산 등의 출산결과에 관한 위험요인들을 살펴보았으며, 임신 전 출산건강 관리에 관해서는 이에 대한 이론적, 효과에 대한 실증적 연구, 그리고 출산건강 증진을 위한 정책 방안들을 고찰하였다.

더불어 이 연구는 출산건강 증진을 위한 정책들에 대한 자료들을 수집·분석하였다. 이에선 임신 및 출산에 대한 의료적 지원 관련 제도들과 중앙정부와 지방정부 등 다양한 층위에서 실시되고 있는 사업사례들을 포함한다.

○ 통계청 출산통계 분석

통계청 인구동향 조사의 출산통계를 이용하여 출산결과 동향을 분석하였으며, 더불어 이 자료를 활용하여 출산결과 결정요인들에 대한 통계분석을 실시하였다. 이 분석은 해당 기간 동안의 모든 출생사건들을 포함하는 전수자료 분석이다.

출산결과 동향 분석은 최근 10여 년간의 출산결과의 변화추이를 알아보기 위하여 다양한 교차분석과 산모의 연령 구조와 연령별 발생율의 영향을 각각 분해(decomposition)하는 작업도 포함한다. 다음으로 부부의 연령 및 다른 사회경제적 특성에 따른 출산결과 이상의 위험성에 대한 통계분석을 실시하였다. 이상의 분석들은 최근의 출산결과 악화의 경향을 살펴보고, 이러한 경향의 주된 원인을 알아보기 위한 작업이다. 더불어 분석결과들을 통해 특정 위험군만이 아닌 일반 대중들을 대상의 출산건강 증진을 위한 예방적 차원의 임신 전 출산건강 관리의 필요성에 대한 근거를 마련하고자 한다.

○ ‘임신준비 및 출산에 대한 조사’ 자료 분석

이 연구는 임신 전 임신 준비와 출산 결과에 대한 설문조사를 실시하였다. 최근 3년 이내에 출산 경험이 있는 전국 1,671명의 여성들을 2011년 출산통계의 연령 분포에 맞춰 표집 하여 조사하였다. 조사 방법은 교육을 받은 전문 조사원들이 일대일 면접 조사 방식으로 2013년 7월부터 9월 사이에 진행되었다. 그러나 전체 조사 사례 중 중 이상 사례를 다수 포함하고 있어 대표성에 제한이 있다고 판단된 20대 초반 출산여성들과 40대 이후 출산 여성들을 제외한 1,549명을 대상으로 분석을 실시하였다.

조사 내용은 신생아와 산모에 대한 출산결과, 임신 전 지식과 임신 준비 행동, 그리고 임신 이전의 생식건강 사항 등의 내용들을 포함한다. 이러한 자료를 이용하여 다양한 통계 분석을 실시하여 출산결과, 임신 준비의 실태와 그에 영향을 미치는 요인들을 다각적으로 분석하였다.

○ 최근 출산여성 및 전문가 심층인터뷰

앞서의 통계청 출생자료 및 실태조사 자료들의 분석 결과들을 바탕으로 특이 사항이 있는 위험군들을 설정하여 이들에 대한 심층면접을 실시하였다. 이들은 대부분 지난 3년 내 출산 혹은 임신 경험이 있는 여성들이며, 유산경험, 20대 초반 출산, 혼전 임신, 이상 출산결과, 임신 시 직장 경험, 비계획적 임신 등의 특성 있는 출산 경험을 가진 경우들이다. 이들에 대한 심층 면접은 구조화된 설문지를 가지고 실시되었으며, 피임이나 부인계 질환 등 민감한 사항이 포함된 질문들에 대해서는 피조사자의 동의에 따라 여성 조사원만이 참가한 상태에서 인터뷰를 진행하였다. 그리고 추가적으로 출산경험은 없지만 유산 경험이 있는 군인, 생식보건 관련 미혼여성들의 건강행동을 알아보기 위하여 여대생, 배우자가 임신한 경험이 있는 성인 남성이 각각 1명 씩 심층면접 대상에 추가되었다.

이 연구에서 진행된 심층 면접은 앞서의 통계 분석 결과들에 대한 심층적 이해와 분석결과 해석을 확인하는 것을 주된 목적으로 하였다. 질문 내용은 임신 계획, 임신 결과, 임신 준비 과정, 임신 정보 습득 과정, 임신 정보에 대한 이해, 의료 서비스 이용 과정, 남편 및 가족들의 돌봄 등 임신과 출산과 관련된 다양한 사항들을 아우른다(표 1-1). 이를 통해 연구의 접근 범위를 산모 여성들뿐만 아니라 남편, 가족, 직장 동료 등으로 확장할 수 있었으며, 설문조사로는 적합하지 않은 과거 구체적 경험에 대한

22 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

심도 있는 정보들을 얻을 수 있었다.

〈표 1-1〉 심층면접 질문 내용

심층면접 질문 내용
- 계획된 임신에 의해 자녀를 출산했습니까?
- 임신 전에 특별히 준비했던 사항들이 있습니까? 임신 준비를 위해 식단 관리나 운동 등 건강 관리를 했습니까?
- 임신 관련 지식 및 정보들은 주로 어디에서 얻었습니까? 그 지식 및 정보들은 임신 전에는 몰랐던 사항이었습니까? 그 지식 및 정보들을 얼마나 신뢰했습니까?
- 임신 전 산부인과 진료를 받은 적이 있습니까? 산전 검사는 받았습니까? 청소년기에 산부인과 방문한 경험이 있습니까?
- 임신 기간 중 음주나 흡연에 노출되지는 않았습니까?
- 남편과 가족들이 임신 및 출산 과정에서 많은 도움을 주었습니까?
- 임신 기간 동안 직장생활을 하면서 가장 어려운 점은 무엇이었습니까? 직장에서는 임신 했을 때 어떤 부분을 배려해주었습니까?
추가로 자녀를 더 낳을 생각이 있습니까?
- 임신 및 출산 관련 정부의 정책에 대해 알고 있는 것이 있습니까? 어떤 정책이 필요하다고 생각합니까?

또한 임신 여성과 관련된 출산보건 증진 정책, 임신 준비 관련 실태, 의료 서비스 이용 등에 대한 체계적 이해를 위해 전문가들에 대한 심층 면접 및 자문회의를 개최하여 전문적인 지식들을 연구에 반영하고자 하였다. 이러한 전문가 및 실무자 그룹에는 산부인과 전문의, 보건소 담당자, 출산 보건 관련 공무원 등이 포함되었으며, 특별히 청소년기의 생식 건강 실태 및 정책 방안 마련을 위해 고등학교 보건 및 상담 교사들도 심층면접에 참여하였다. 이상과 같은 심층면접 및 자문회의의 참여자들은 다음 〈표 1-2〉와 〈표 1-3〉으로 정리하여 제시하였다.

〈표 1-2〉 심층면접 대상자 특성

사례자	연령	학력	자녀 출산년도	출산결과 (체중/주수)	비고
1	23세	고졸	2011년	5kg, 42주	혼전임신
2	23세	고졸	2012년	3.8kg, 40주	혼전임신
3	31세	대졸	2013년	3.2kg, 41주	유산경험 4회
4	31세	대졸	2013년	2.59kg, 40주	인공수정 1회 실패 후 체외수정 시술로 임신
5	36세	대졸	2013년	1.7kg, 32주	체외수정 시술 6회차에 임신 성공
6	37세	대졸	2011년	3.3kg, 38주	고령임산부 연하 남편(5살 차)
7	26세	대졸	2011년	3.3kg, 39주	남편과의 나이차 12살
8	36세	고졸	2011년	3.12kg, 38주	고령임산부 연하 남편(4살 차)
9	37세	대학원졸	2013년	3.4kg, 40주	유산경험, 고령임산부
10	29세	고졸	2011년	2.2kg, 37주	미숙아로 출산 후 사망
11	30세	대졸	2012년 유산	2.7kg, 39주	유산경험 후 출산
12	30세	대졸	2013년 유산	-	유산경험, 군인
13	22세	대학생	-	-	미혼여성의 임신 보전
14	29세(남)	대졸	2012년 유산	-	유산경험 남편

24 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 1-3〉 심층면접 참여 전문가 및 자문내용

전문가	직업	자문 내용
1	보건소 모자보건담당	출산건강 관련 보건소 이용 실태 및 정책 홍보의 중요성
2	직장 내 상담사	대학교 상담실 경험 및 직장 내 여성 상담실 운영 실태
3	고등학교 보건교사	청소년기 보건교육 실태 및 학생들의 생식건강 상태
4	고등학교 상담교사	청소년기 성 상담 실태 및 학생들의 생식건강 인식
5	산부인과 전문의 A	Preconceptional Care 정책방안
6	산부인과 전문의 B	Preconceptional Care 정책방안

3. 연구의 제한점

이 연구의 출산결과 및 출산준비에 관한 실태 분석은 통계적 분석과 출산경험 여성 및 관련 분야 전문가들과의 심층 인터뷰 등 질적 분석으로 구분된다. 전자의 경우에는 통계청 출산통계를 이용한 출산결과 실태 분석과 임신 전 출산 준비 및 출산 결과를 포함하는 조사자료 분석을 실시하였다. 이러한 방법론의 출산 결과 및 출산 관련 건강행위에 대한 적용에서는 몇 가지 제약점을 가지고 있다.

첫째, 임신 및 출산 준비에 관한 실태조사 자료의 분석에서 임신 전 준비행동과 출산 결과 간의 인과관계를 통계적 유의미성에 근거하여 규명하려 하기보다는, 임신 전 관리의 실태에 초점을 맞추고 있다. 이는 출산 결과가 소수의 위험노출에 의해 결정되는 것이 아니라, 수많은 변인들의 누적적 영향에 의해 결정되는 측면이 강하기 때문이다. 또한 위험 노출의 영향은 개인의 다양한 특성들과의 복잡한 상호작용을 통해 그 결과가 나

타나기 때문에 통계적 설명도나 유의성에 근거한 분석결과의 해석은 자칫 개별적 위험 요인의 중요성을 간과하게 하는 위험도 있다. 특히 제한된 사례수를 이용한 조사분석에서 복잡한 출산결과의 인과성을 도출하기에는 많은 한계가 있기 때문이기도 한다. 이러한 출산결과의 특성이 갖는 통계적 설명의 어려움은 이 연구의 3장에서 제시된 전수자료를 이용한 출산결과 동향 분석에서도 잘 나타나있다. 무려 45만 건 이상의 모든 출산 사례를 포함한 전수 분석 결과에서도 몇몇 주요 변인들은 통계적 유의미도가 매우 낮게 나타났으며, 3% 이하의 상대적으로 낮은 통계적 설명도를 보이고 있다. 이는 모델 구성의 비적합성을 보여주기 보다는 출산결과가 갖고 있는 생물학적 특성에 기인한 바가 더 크다고 할 수 있을 것이다.

둘째, 이 연구는 출산한 여성들을 주된 대상으로 하고 있기 때문에 출산을 경험하지 않은 사례들이 연구의 초점에서 누락되는 위험성도 갖고 있다. 특히 최근의 임신이 유산이나 사산으로 이어진 경우나, 불임의 경우들은 이 연구에서는 제외되게 된다. 이러한 사례들은 출산건강과 관련되어 극단적 위험요인에 노출된 결과일 가능성이 매우 높기 때문에 이 연구의 설명도를 낮추는 결과를 초래할 위험이 있다. 더불어 임신 전 관리에서 중요한 대상이 되는 청소년이나 미혼 성인들도 출산 경험이 없기 때문에 이 연구에서 제외되게 된다.

위와 같은 한계를 극복하고자 설문 문항에서는 과거의 임신 결과 및 과거 건강행동에 관한 질문을 일부 포함하였으며, 심층면접 과정에서도 사례자들의 과거 임신 및 출산 경험과 결혼 전의 건강행동 등을 알아보고자 노력하였다. 또한 청소년의 생식보건에 대한 접근을 시도하기 위하여 학교 및 의료 현장의 전문가들과의 심층면접도 추가로 실시하였다. 그럼에도 불구하고 이 연구의 모델 구성 과정에서 비(非)출산 사례들이 주된 연구대상에서 누락되었다는 점은 이 연구의 한계로 지적될 수 있을 것이다.

셋째, 앞서 언급한 바와 같이 이 연구에서 실시된 심층면접 및 자문회의 등은 통계적 분석 결과를 재확인하는 보조적 수단으로 제한적으로 활용되었다는 점을 지적하고자 한다. 이러한 방법은 설문조사를 통해 얻을 수 없는 세밀한 내용들과, 통계분석 결과에 대한 해석을 뒷받침하는 근거들을 얻을 수 있다는 장점이 있다. 그러나 질적 연구방법이 갖는 사건의 진행의 및 그 맥락적 배경에 대한 심층적 이해를 구할 수 있는 강점들을 적극적으로 활용하지 못했다는 한계를 가지고 있다.



제2장 출산결과 및 임신 전 관리에 관한 선행연구 고찰

제1절 출산결과 결정 요인

제2절 생애적 관점의 접근(life span approach)

2

출산결과 및 임신 전 관리에 << 관한 선행연구 고찰

제1절 출산결과 결정 요인

1. 출산결과에 대한 연령효과

출산결과에 영향을 미치는 요인으로 가장 많이 손꼽히는 것은 산모의 연령이라고 할 수 있다. 산모의 연령이 출산결과에 미치는 영향에 대해서는 국내에도 다수의 연구가 진행되었고(예를 들어, 김상원 외 2010, 이정주 2007, 박정한 외 2004, 홍성훈 외 2002, Coutinho et. al. 2009, Fairley 2005, Ganesh et. al. 2010), 일반인들에게도 잘 알려진 바이다. 고령산모는 저체중아 및 조산아 출산뿐만 아니라 임신성 당뇨병이나 임신성 고혈압 등의 산모의 출산건강에도 부정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Kirz et. al. 1985, Berkowitz et. al. 1990). 그 외에도 고령산모는 전치태반과 태반조기박리 등의 산전 합병증의 발생 위험성도 함께 증가한다(허혁 외 2004). 예를 들어 최원일 외의 임상자료 분석 연구(2005)는 30대 초산 산모에서는 저체중아 출산은 물론이고 제왕절개, 임신성 당뇨, 거대아 출산 등의 위험성도 그 이전 연령 산모들에 비해 높았고, 김태은 외의 연구(2009) 분석결과는 고령의 초산 산모는 수술부위 감염 등의 산후합병증의 발생률도 높게 나타났다. 산모의 출산연령에 대한 대부분의 관심은 고령산모의 부정적 출산결과에 초점이 맞추어져 왔다고 할 수 있으며, 정책적인 측면에서도 고령 임신부들은 위험군으로 분류되어 상대적으로 더 많은 주산기 관리 지원을 받고 있다.

그러나 해외에서 진행된 많은 연구들을 보면 십대나 20대 초반의 저연령 산모들에게서도 출생결과 이상아 출산율이 높은 것으로 보고되고 있다. 저연령 산모들의 위험요인으로는 생식기능 관련 미성숙이 주요 원인이 되기도 하지만, 동시에 이들이 경험하게 되는 행동 위험 요인들도 중요한 출산결과에 대한 부정적 요인으로 꼽힌다(Coley and Chaselandsdale, 1998). 예를 들어 청소년 임신은 음주, 흡연, 약물 노출, 이른 성경험으로 인한 부인계 손상, 성병 등과 연관성이 높은 것으로 보고되고 있다(Horwitz et al. 1991, Paikoff, 1995, Urdy et al. 1996). 더불어 이들이 처한 빈곤이나 교육의 중단, 임신기 돌봄의 부재, 부모됨에 대한 스트레스 등 사회심리적 요인들도 이들의 출산결과를 악화시키는 요인들에 포함된다(Carter et al. 1991, Moore et al. 1993, Hotz et al. 1997).

한편 국내에서는 부의 연령에 대한 연구는 거의 진행되고 있지 않지만, 해외에서는 출산결과에 대한 부의 연령효과에 대해서 상당히 많은 연구가 축적되어져왔다. 모의 연령과는 달리 부의 연령 효과에 대해서는 일정 부분 논란이 있는 것이 사실이다. 대부분의 연구들에서 부의 연령에 따른 출산결과 이상의 분포도 모의 연령에서와 마찬가지로 저연령대에서의 높은 출산결과 이상 발생률이 발견된다. 이 역시 생물학적 미성숙과 이들의 건강행동의 특성, 그리고 열악한 사회경제적 지위가 복합적으로 영향을 미친 것으로 분석된다.

부의 고연령이 출산결과에 미치는 영향의 개연성에 대한 생물학적 설명은 이미 제시되고 있다. 부의 노화가 진행되면서 염색체의 변이가 이뤄지게 되고 이러한 변이들의 누적은 돌연변이 세포의 생성으로 이어진다는 것이다. 특히 출생건강에 직접적 영향을 미치는 태아의 발생 과정과 관련하여 Miozzo와 Simoni(2002)는 좀 더 구체적 개연성을 보여준다. 태아 발달에 중요한 기능을 하는 태반의 발생은 유전자 각인에 따라 부모

부터의 형질이 발현되는데, 이때 부의 고령에 따른 염색체 변이가 태반의 생성과 발달에 이상을 일으켜 태아의 발달에 부정적 영향을 미치게 된다는 것이다.

그러나 출산결과를 분석한 실증적 연구들에서 부의 고연령 효과는 일관된 결과를 보여주지 않는 것으로 보고되고 있다. 예를 들어 Astolfi과 Pasquale(1998), Zhu et al. (2005), 그리고 Reichman과 Teitler(2006) 등은 고연령의 부에게서 태어난 아이들 중에서 출생결과 이상아의 비율이 높게 나타난다고 보고하고 있는 반면, Parker와 Schoendorf (1992), Olshan et al. (1995), Nahum과 Stanislaw (2003) 등의 연구에서는 부의 고연령의 유의미한 영향을 발견하지 못하였다고 제시하고 있다. 특히 Chen et al.(2008)의 연구는 고연령 효과가 나타난 연구들이라 하더라도 다른 사회심리적 변인들을 통제하지 못한 분석에서 나온 결과들로 보인다고 주장한다. 이러한 부의 연령 효과에 대한 연구결과들은 출산결과의 결정에 있어서 모의 생물학적 요인들뿐만 아니라, 부와 관련된 특성들도 중요한 요인이라는 사실을 보여준다.

2. 임신 위험 약물

가. 약물 안정성에 관한 분류

임신의 과정은 산모와 태아에게 가장 중요한 시기이며, 특히 이 시기의 약물 복용은 산모와 태아에게 직접적인 영향을 미치게 되므로, 특히나 많은 주의가 필요하다. 이러한 약물들의 임신 결과에 대한 연구들은 임신 중의 복용에 집중되어 있으나, 임신 초기에는 임신 사실을 인지하지 못할 수 있다는 점과, 약물들이 체내에 남아 장기간 영향을 미칠 수도 있다는

점에서 임신의 가능성이 있는 여성들도 사용에 주의하여야 한다.

2000년 프랑스에서는 1,000명의 임신부가 임신 기간 동안 복용약물을 조사하는 연구를 진행했는데, 이들 중 99%가 임신기간 동안 약 13.6개의 약을 복용하였으며, 이중 1.6%의 여성은 미국 식품의약품안전청(FDA)의 분류에 포함되지 않는 약물을 복용했다고 밝혔다(Lacroix et al. 2003).

이렇듯 임신 기간 동안 약물 복용의 중요성에 대한 인식이 대두된 것은 1960년 독일의 Thalidomide 사건에서 시작되었다. 임신 기간 동안 입덧 방지를 위해 Thalidomide 약물을 복용한 대부분의 임신부들이 기형아를 출산하게 되면서부터, 약물 복용의 중요성이 전세계적인 문제로 야기하게 되었고, 이 때문에 지금까지도 임신부들의 약물 복용은 아주 신중하고, 조심스럽게 다루어지게 되었다(Lenz & Thalidomide 1962). 하지만 현재로서는 기형아 출산의 감소폭은 증가하고 있지 않은 상태이며, 기형아 출산과 관련된 약물 복용 이외에도 환경적 요인이나 식품 등 개인의 차이에 의해 영향을 받으므로, 정확한 요인을 찾기는 어렵다. 하지만 현재로서는 기형아 출산의 감소폭은 증가하고 있지 않은 상태이며, 기형아 출산과 관련된 약물 복용 이외에도 환경적 요인이나 식품 등 개인의 차이에 의해 영향을 받아 그 영향의 결과 발현 수준이 다양하게 나타나므로 정확한 요인을 찾기는 어렵다(김윤하, 조혜연 2009).

신약의 경우에는 시판을 위해 모든 사람의 안전성과 유효성이 임상시험을 통해 검증 되어야 하지만, 윤리적인 이유로 임신부는 1,2,3상의 임상 시험 대상자에서 제외된다. 결국 시판 후 조사(Post marketing surveillance)에 의해 약물의 안전성 및 유효성을 평가를 하게 되어 제한적일 수밖에 없다(이연미 2006). 하지만 임신 중 약물복용이 반드시 태아에게 손상을 준다고 하여, 약물이 꼭 필요한 경우에도 약물복용을 중단하면

오히려 임신부에게 위험한 상황이 될 수 있으므로, 반드시 약물에 관련된 정확한 정보와 부작용 등을 파악하고, 전문가와 충분한 상담이 필요하다.

임산부의 복용 약물이 태아에게 전달되는 과정을 살펴보면, 모체에게 주어진 약은 2차로 태아에게 전달되고, 모체와 태아에게 같은 약리작용을 하게 된다. 그러나 몇 가지에 있어서 태아는 모체와 다른 점이 있다. 모체는 섭취한 약물을 대사, 소화, 배설을 할 수 있으나, 약물대사는 태반을 통한 수밖에 없으며, 약물노출 기간이 길고 각 장기의 기능이 미숙하여 그 약을 대사 처리할 수 없어서 신생아 체내에서 장기간 머물게 된다(김윤하, 조혜연 2009).

약물의 투여 시기 또한 중요한데, 수정 후부터 2주 사이에 문제가 되는 약물을 복용한 경우에는 유산이 될 수 있지만 기형은 유발되지 않는다. 그러나 수정 후 2주부터 8주까지는 주요 장기들이 생성되는 시기로, 심한 구조적 기형유발이 가능하고, 수정 8주 이후에는 생성된 장기가 성장하고 기능이 완성되어 가는 시기로, 기능과 관계된 기형이나 경한 기형이 발생 될 수 있다(김해중 2007).

이러한 중요성 때문에 서양에서는 임신 시 복용 가능한 약물을 위험도에 따라 구분했는데, 1978년 스웨덴에서 처음으로 FASS(Swedish Catalogue of Approved drugs)라는 약물 위험성 평가기준을 동물실험에 근거하여 발표했다. FASS는 약물의 위험도에 따라 A, B, C, D의 군으로 나누어지며 A가 가장 안전한 약물로 구분되었다(표 2-1 참조). 그 후, 1979년 미국 식품의약품안전청(FDA)에서 발표한 분류법은 약물의 유효성과 위험성에 근거를 두고 지침을 마련한 것으로, 이는 아래 <표 2-2>와 같이 A, B, C, D, X 5개의 군으로 나누어 분류하고 있다(이연미 2006).

34 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 2-1〉 스웨덴의 의약품 허용 분류(FASS)

	정의
A군	가임기 여성 혹은 간접, 직접적으로 태아에게 영향을 주어 기형아 발생 확률 없이 아이를 양육하고 있는 여성에게 투여되는 약물
B군	가임기 여성 혹은 간접, 직접적으로 태아에게 영향을 주어 기형아 발생 확률 없이 아이를 양육하고 있는 여성에게 제한적으로 사용 될 수 있는 약물(B1군, B2군, B3군으로 세부 분류)
B1군	태아에게 유해한 영향을 주거나 다른 유해한 영향을 미칠 근거가 없는 독성 생식 연구
B2군	적합하지 않거나 부족하지만 태아에게 유해한 영향을 주거나, 다른 유해한 영향을 미칠 가능성이 있는 독성 생식 연구
B3군	동물에게 투여 시, 태아에게 유해한 영향을 주거나 다른 유해한 영향을 미쳤으나 사람에게는 판명나지 않은 독성 생식 연구
C군	직접적인 기형 발생 물질은 아니지만 약물학적 효과가 야기되었거나 원인이 의심스럽거나 생식을 방해하는 약물
D군	태아 기형을 야기하거나 다른 영구적인 손상을 입히는 약물. 초기의 기형 발생 물질로 간접, 직접적으로 유해한 영향을 미치는 약물

〈표 2-2〉 미국 식품의약품안전청의 의약품 분류

	정의
A군	임신 1기에서의 대조시험에서, 태아의 위험성은 증명되지 않았고, 그 후 임신 기간 중에도 위험이라고 할 수 있는 증거도 없음.
B군	동물 생식 시험에서는 태아의 위험성은 없으나, 사람 임신부로의 대조시험은 실시되어 있지 않은 것. 혹은 동물 생식 시험으로 유해한 작용 (또는 출생수의 저하)이 증명되고 있지 않은, 또 그 후의 임신 기간이라도 위험이라고 할 수 있는 증거도 없는 것
C군	동물 생식 시험에서는 태아에 기형유발, 태아독성, 그 외의 유해 작용이 있는 것이 증명되고 있으나 사람에서의 대조 시험이 실시되어 있지 않은 것. 혹은 사람, 동물 모두 시험이 실시되어 있지 않은 것
D군	사람의 태아에게 분명하게 위험하다는 증거가 있는 것. 그러나 임신부에게사용하여 이익이 용인되는 일도 있을 수 있다 (예, 생명이 위험에 처해지고 있을 때)
X군	동물 또는 사람에서의 시험에서 태아 이상이 증명되고 있는 경우, 혹은 사람에서의 사용 경험상 태아에게의 위험성의 증거가 있는 경우, 또는 그 양쪽 모두의 경우. 임신부에게 사용하는 것은 다른 어떤 이익보다 분명하게 위험성이 큰 것

(표 2-3) 호주 의약품 평가위원회(ADEC)의 의약품 분류

	정의
A군	임신부 또는 가임 여성의 다수 예에서 사용되어 왔으며, 기형발현 빈도의 증가는 없고 태아에 다른 직접간접적인 유해 작용도 관찰되지 않은 의약품
B군	임신부 또는 가임 여성에 대한 사용 예는 아직 한정되어 있으나, 기형발현빈도의 증가는 없고, 태아에 다른 직접간접적인 유해 작용도 관찰되지 않은 의약품
B1군	동물실험에서 태아손상 발현이 증가한다는 증거는 나타나지 않은 것
B2군	동물실험이 부적절하고 부족하기는 하나 현재까지의 연구결과 태아 손상 발현이 증가한다는 증거가 없는 것
B3군	동물실험 결과 태아손상 발현이 증가하는 것으로 나타났으나, 임상 연구에서는 확인되지 않은 것
C군	기형성은 없으나 그 약리작용에 의하여 태아 또는 신생아에 유해한 영향을 미치거나 미칠 가능성이 있는 의약품 (가역적인 경우도 있음)
D군	태아에 작용하여 기형 혹은 비가역적인 장애의 발현빈도를 높이는 의약품
X군	태아에 대하여 영속적인 장애를 일으킬 위험성이 높으므로 임신 중 또는 임신 가능성이 있는 시기에는 사용하여서는 안 되는 의약품

위 세 가지 분류에 의하면, 각 나라별 분류법이 제시한 태아 위험도 평가기준들은 서로 유사한 구조를 가지고 있으나, 미국 FDA에선 645가지의 약물을 제시하였고, 호주 ADEC에서는 446가지, 스웨덴의 FASS에서는 527가지로 제시하여 각각의 평가기준이 달랐으며, 같은 군에 속하는 약물은 26%로 그쳤다고 보고되기도 하였다(Addis et al. 2000).

나. 임신 중 사용 약물의 임신 위험성

우리나라에서 임신 중 사용될 가능성이 높은 약품들과 임신 위험성들을 정리하여 보았다. 이하의 약품들에는 약품의 성품 및 시판되는 품명들을 구분하지 않고 나타내었다. 그 위험성이 입증되지 않은 약품들도 상당수 있으나, 임신 사실을 특별히 알리지 않았을 경우 손쉽게 처방받거나,

혹은 처방전 없이도 구입이 가능하다는 점에서 태아 및 임신 과정에 심각한 위험을 초래 할 수 있음을 알 수 있다.

○ 위장관 질환 약물

임신 중 오심, 구토, 위 식도 역류와 같은 증상은 자주 발견되고 있다. 특히 오심과 구토, 입덧은 임신 중 90% 이상 발생하며, 이는 항히스타민제 혹은 항도파민제로 치료가 가능하다(김윤하, 조혜연 2009). 그리고 대부분의 소화제는 FDA의 C 군에 해당되는 약제로, 동물실험에서 태아 위험성은 관찰되었지만, 실제 기형을 유발했다고 아직까지 보고되지 않았으므로 임신 진단 후에는 복용 하지 않는 것이 좋다(김해중 2007). 대부분의 변비 완화제는 특별한 금기증은 없고, 간헐적 사용 시에는 별다른 위험성이 따르지 않다. 이러한 약품에는 듀파락, 돌코락스 등이 있다. 대표적인 소화제의 약제로는 판크레아틴, 시메티콘 등이 있으며, 제산제로는 겔포스, 베아겔 등이 있고, 항 궤양제로는 시메티딘, 파모티딘 등이 있다.

○ 진통에 사용되는 약물

진통제는 임신 중 처방에 의해서, 혹은 직접 구입할 수 있는 흔히 사용되는 약물로, 아스피린(Aspirin), 아세트아미노펜(Acetaminophen), 비스테로이드성 항염증제(nonsteroid anti-inflammatory drugs, NSAID) 등이 있으며, 아세트아미노펜(Acetaminophen)의 경우 임신 중 사용할 때 기형유발의 증거가 없어 가장 흔하게 사용되고 있다. 비스테로이드성 항염증제(NSAID)는 임신 주수가 채워질수록 태아 동맥관을 수축시켜, 임신 32주 이후부터는 사용하지 않는다(김윤하, 조혜연 2009). 장기간 사용 시에는 신장에 영향을 미쳐, 양수 과소증을 일으킬 수 있다.

○ 항생제

항생제는 임신 기간 중 상기도 감염 및 비뇨기계 염증 등 다양한 질환의 치료에 사용되고 있으며, 페니실린(Penicillins)과 클린다마이신(Clindamycin)의 경우 수유 시에도 안전하게 사용 할 수 있다. 아미노글라이코사이드(aminoglycosides) 계통의 약물은 세균의 단백질 합성을 억제하고, 태아의 8차 뇌신경 장애를 초래할 수 있으므로 피하는 것이 좋다(김윤하, 조혜연 2009).

○ 호흡기 질환 약물

천식은 5~9%의 임산부가 앓고 있을 정도로 유병률이 증가하고 있으며, 무조건으로 약물 복용을 피하는 것은 임산부에게 치명적 일 수 있고, 태아에게도 유해할 수 있으므로, 적절한 치료가 필요한 질환이다. 주로 베타 교감신경흥분제(β -sympathomimetic agents)나 당류 코르티코이드(glucocorticoids), 테오피린(theophylline)등의 약제가 쓰인다. 하지만 이러한 약물을 임신 중에 투여하더라도 기형 발생률을 증가시키는 약물은 아직까지 보고되지 않았다.

감기는 가장 흔하게 발생하는 급성질환이며, 대부분은 약물을 투여하지 않아도 치료가 되나, 기침 억제를 위해 사용하는 코데인(codeine) 이나 텍스트로메토르판(dextromethorphan) 등이 있다(김윤하, 조혜연 2009). 콧물이나 재채기에는 클로르페니라민(chlorpheniramine), 클레마스틴(clemastine) 등 주로 항히스타민 계열의 약물이 사용된다.

○ 항바이러스 제제 약물

헤르페스감염이나 수두에 아시클로버(acyclovir) 약제가 사용되며, 대상포진 중에 사용되는 팜피어정은 임신 중에 투약해도 안전하다(김윤하,

조혜연 2009). 후천성 면역결핍증(AIDS)의 경우 지도부딘(Aviral® , AZT®) 약물을 사용하고, 모유수유는 권장되지 않는다.

○ 정신과 약물

대부분의 항정신성 약물들은 태반을 모두 통과하여 태아에게 전달된다. 정신약물이 배아 및 태아에 미치는 영향은 첫 번째로, 기형발생의 위험인데, 이는 약물과 관계없이 태아에 기형이 발생할 확률이 2~2.5%로 알려졌다. 이러한 약물로 인한 기형은 이러한 확률에 추가적인 위험성을 증가시키며, 특히 임신 후 첫 12주 내에 중요하다. 둘째는 출산 합병증으로, 조산, 저체중아, 출산직후의 경련이나 호흡 장애 등의 생리적, 행동적 증상 등이 해당되며, 셋째는 신경행동상 후유증으로, 소아기와 성인기의 운동능력 및 인지기능의 장애와 같은 장기적인 문제를 의미한다. 가임 기간에 주로 우울증과 정신분열증이 흔한데, zolpidem 성분의 스틸녹스, 졸피람과 같은 약제의 사용은 가능하다(박우영 외 2007).

○ 피부 질환 약물

임신 기간 중에는 주로 피부 소양증을 호소하는 경우가 많으므로, 이 경우에는 항히스타민 제제를 복용하고, 국소적으로 코르티코스테로이드(corticosteroid) 연고를 바를 수 있다. 여드름의 경우, 치료제 사용시 기형을 유발하므로 주의가 필요하다. 건선의 경우에도 부위가 넓지 않은 경우, 코르티코스테로이드(corticosteroid) 연고를 바를 수 있고, 전신적인 경우 UV-B 광선치료를 시행한다.

○ 갑상선 질환 약물

임신 중 갑상선 질환은 그 정도에 따라 유산, 조산, 사산의 빈도를 증가

시키고, 태아의 신경 발달에도 영향을 미칠 수 있다. 갑상선 기능 저하증의 경우에는 신지로이드(synthroid) 등의 약제를 사용할 수 있다.

○ 그 외 약물들

비타민의 경우, 일일 권장량을 사용하는 것은 안전하지만, 과량은 태아 기형을 유발하기도 하므로, 과량 복용해서는 안 된다. 경구 피임약의 경우에도 태아 기형과는 관련이 없다고 보고되었다.

다. 알코올, 흡연, 카페인과 임신

약물복용 이외에도 임신 중인 산모에게 영향을 미치는 요인을 살펴본 것인데, 대표적으로 알코올, 흡연, 카페인 섭취 등이 있을 수 있다. 이들은 일반인들인 사이에서도 임신 시 노출이 금지 시 되는 가장 대표적인 물질들이라고 할 수 있는데, 이들의 위험성에 대해서는 임상적 결과에서도 확인되고 있다.

○ 알코올

임신 중 임신부가 알코올을 복용하면, 직접적으로 태아의 뇌에 축적되어 두뇌발달에 큰 영향을 미치게 된다. 출산 후에도 정인지체아 및 학습지진아가 될 확률이 높으며, 운동기능의 발육 부진도 있을 수 있다. 최근 미국과 유럽에서 보고된 태아알코올 증후군에 관한 역학연구에 의하면 학령기 아동 중 1,000명당 7명 정도가 태아 알코올 증후군으로 밝혀졌다. 태아 알코올 증후군은 임신부의 음주에 의해서 태아에서 발생하는 가장극단적인 결과로 대표적 증후군은 정인지체, 안면이상, 그리고 성장장애 등이다(한정렬 2010).

○ 흡연

담배에는 4천 종류의 화학물질이 들어있고, 그 중 22가지는 특히 인체에 해롭다고 알려져 있다. 니코틴과 일산화탄소는 말초 혈관을 수축시켜 태반에 가는 혈액량을 적게 만든다. 여성의 흡연은 임신율의 저하 및 유산의 증가, 부인암의 증가, 조기 폐경 등 여러 악영향을 미침과 동시에 태아에게는 조산 및 미숙아 출생의 빈도 증가, 기형아의 발생, 그리고 생후 행동적 정신적 장애 초래 등을 초래할 수 있어 더욱 더 금연이 요구된다(이정재 2002).

○ 카페인

카페인인 대부분 연구에서 하루에 300mg 이상 섭취하였을 때 태아성장제한이 나타날 수 있으며, 이는 개인의 취향 및 습성과 밀접한 관련이 있다. 만약 흡연과 카페인 섭취를 동시에 한다면 저체중아를 출산 할 확률이 높아지게 되고, 빈혈을 야기 할 수도 있다. 또한 홍차, 진통제, 종합 감기약 등에서도 카페인이 들어있는 경우가 많으므로, 주의하여 섭취해야 한다(김윤하, 조혜연 2009).

한편, 미국의 질병통제본부(CDC)에서는 태아의 건강에 치명적 위협을 초래할 가능성이 매우 높으면서 일상생활에서 노출되기 쉬운 위험요인들을 특정하여 다음과 같이 제시하고 있다(CDC 2006).

- **당뇨병(preconception).** 제1형 당뇨병과 제2형 당뇨병을 앓고 있는 여성들이 낳은 유아들의 선천적 결함 발생률의 3배 증가는 적절한 당뇨병 관리를 통해 상당히 감소되었다. 제1형 당뇨병과 제2형 당뇨병을 앓고 있는 여성들이 낳은 유아들의 선천적 결함 발생률은 정

상 여성의 출산보다 3배 더 높다. 이러한 증가율은 적절한 당뇨병 관리를 통해 상당히 감소될 수 있다.

- **B형 간염.** 예방접종은 B형 간염 바이러스(HBV) 감염 위험에 있는 남성들과 여성들에게 권장한다. 가임기 여성의 HBV 감염을 예방하는 것은 아이에게 전염되는 것을 막고 HBV 감염의 위험과 간경병, 간암, 간부전, 사망을 포함한 후유증을 제거하기 위함이다.
- **갑상선 기능 저하증.** Levothyroxine의 복용(량)은 임신 초기에 갑상선 기능 저하증 증가의 치료를 위해 필요하다. Levothyroxine의 복용량은 태아의 적절한 신경발달에 따라 조정되어야 한다.
- **모성 페닐케톤뇨증(PKU).** 페닐케톤뇨증으로 진단받은 여성들의 아이들은 신생아 때 정신 지체와 함께 페닐케톤뇨증이 전염될 수 있는 위험이 증가한다. 그러나 이러한 불량한 결과는 어머니가 임신 전이나 임신 기간 내내 저페닐알라닌식을 준수하면 예방할 수 있다.
- **풍진 혈청반응 음성.** 반풍진 예방 접종은 보호적인 양성 혈청 반응을 제공하고 선천성 풍진 증후군을 예방한다.
- **엽산 결핍.** 매일 엽산이 포함된 비타민 보충제의 복용은 신경관 결함 발생의 2/3를 줄일 수 있다는 것이 입증되어왔다.
- **이소트레티노인.** 임신 중에 여드름 치료를 위해 이소트레티노인을 사용하면 유산되거나 태아에게 선천적 결함이 생길 수 있다. 임신 가능성이 있는 여성들 중 이 약을 사용한 경우 의도하지 않은 임신을 피하기 위해서 효과적인 임신 방지가 이루어져야 한다.
- **항 간질제(抗癲疾劑).** 특정 항 간질제들은 기형을 발생시키는(예를 들어, 발프로익산) 것으로 알려졌다. 권고들은 임신 전에 이 약을 복용하는 여성들이 임신을 고려중일 경우 이 약들에 대해 낮은 복용량이 처방되어야 한다고 제안한다.

- **비만.** 신경관 결손, 조산, 당뇨병, 제왕 절개, 그리고 고혈압 및 혈전 질환을 포함한 불량한 주산기 결과들은 어머니의 비만과 연관되어 있다. 임신 전 체중 감량은 이러한 위험들을 감소시킨다. 임신 전 적절한 체중 감량과 영양 섭취는 이러한 위험들을 감소시킨다.
- **경구 항응고제.** 혈액응고 제어에 사용되는 와파린은 기형을 야기하는 것으로 입증되었다. 임신 초기에 와파린에 노출되는 것을 피하기 위해서는 임신 전에 비기형발생물질 항응고제로 변경할 수 있다.
- **성병.** 클라미디아 트라코마티스와 네이세리아 고노로이애는 강력하게 자궁 외 임신, 불임, 만성 골반통과 관련이 있다. 임신 중의 성병들은 태아 사망이나 정신 지체, 실명을 포함한 상당한 신체적 발달 장애들을 일으킬 수 있다. 조기 검진과 치료가 이러한 불량한 결과들을 예방한다.
- **흡연.** 조산, 저체중아, 기타 다른 불량한 주산기 결과들은 임신 중 어머니의 흡연과 관련이 있으며 여성들이 임신 전이나 초기에 흡연을 중단하면 이것을 예방할 수 있다. 임신 중에 여성들의 20%만이 담배 의존도를 제어할 수 있기 때문에 금연은 임신 전에 할 것을 추천한다.
- **음주.** 임신 중 술을 마시는 것은 어느 때도 안전하지 않으며, 이러한 해로움은 여성이 임신을 알아차리기 전에 발생할 수 있다. 태아 알코올 증후군과 알코올과 관련된 다른 선천적 이상은 여성들이 임신(수정) 전에 술 마시는 것을 중단하면 방지할 수 있다.

3. 산모의 생식 건강

생식건강(reproductive health) 수준은 출산결과 및 출산력의 수준에 중요한 영향을 미친다. UN에서 1994년 개최한 '인구개발국제회의

(international Conference on Population and Development)'에 서는 이러한 생식건강의 중요성을 강조하면서 생식건강에 관한 정보와 서비스들의 접근성과 실현 증진을 2015년까지 실현할 구체적 행동 목적으로 채택하기도 하였다. 생식건강은 연령, 생식기 및 부인계 질환, 인신 중절과 유산 등 과거 임신 경험, 피임방법 등의 생의학적 요인들뿐만 아니라, 환경오염에 따른 위험물질 노출과 스트레스 및 운동부족 등의 사회·행동적 요인들에 의해 결정되기도 한다(Aral 1983; Hirsh 1987; Jaffe 1991).

가임기 여성의 생식건강 증진을 위해서는 성과 관련된 지식 및 성관련 건강행동의 증진이 요구되어지며, 이러한 맥락에서 다양한 행동 개선의 방안들이 제안되어지고 있다(Barak, A & Fisher 2003, Franklin & Corcoran). 이러한 노력들에는 적절한 피임방법 교육, 피임 도구 지원, 성교육, 부인계 질병 스크린 등이 포함된다(Fishe & Fisher 1998).

우리나라의 여성 생식보건 관리에 있어서는 많은 문제점들이 발견된다. 우선 성관련 지식 및 행동에 있어서는 초혼연령의 증가 및 성경험 연령의 저하로 미혼 여성들의 성경험 및 임신 그리고 생식보건 이상의 가능성이 높아지고 있으나(신경림 외 2010), 이에 상응하는 관리 행동 수준은 매우 열악하다고 볼 수 있다. 우선 지식수준과 관련하여 대학생 등 미혼 연령 집단에서 성과 생식건강 관련 정보의 대부분이 대중매체나 인터넷 등을 통한 산발적 자료와 포레 집단 등 지인 등 비공식적이고 음성적인 경로를 통해 얻어지고 있다(Kim 2003; 조주영·김영희 2006).

생식건강 관련 의료기관 이용에 있어서도 부인계 질환이 있는 경우에서 조차 병에 대한 인식 부족, 병의원 이용의 거부감, 주위 인식 등의 이유로 인하여 산부인과 이용을 기피하는 것으로 보고되고 있다(김다운 외 2007). 그리고 부정적 출산결과를 피하기 위해서는 임신 전 건강검진을

통해 당뇨, 고혈압, 간염, 풍진, 갑상선질환 등의 임신 위험 질환에 대한 검사 및 예방접종이 필요하다(이난희 2008). 그러나 임신인 임신부를 제외하고는 산부인과 방문을 기피하는 우리의 정서를 고려해 볼 때, 이러한 임신 전 의료서비스 이용 수준은 그리 높지 않을 것으로 추정된다.

4. 체중 및 영양 상태

가. 영양섭취 및 체중관리

임산부의 적절한 영양섭취는 산모 모체의 대사 조절과 태아의 성장 발달에 매우 중요한 영향을 미친다. 부적절한 영양섭취는 태아의 발달에 부정적 영향을 미쳐 임신 결과에도 영향을 주지만, 출생 이후 성장 단계에서 만성질환의 이환율을 높이기도 하는 것으로 알려져 있다(Delisle 2002). 임신 중 체중 증가로 인한 산모의 비만은 임신성 당뇨 등 합병증과 거대아 출산 등의 출산결과에도 많은 영향을 미치므로 임신 중의 영양섭취 및 체중 관리는 주산기 관리에서 매우 중요한 내용이 된다(Brost et al. 1997). 더불어 임신 중뿐만 아니라, 임신 이전의 체중 관리도 중요한데, 이는 임신 중의 식욕 및 체중증가와도 밀접한 연관이 있기 때문이다(Eastman, 1968).

전반적인 영양 섭취 및 체중관리뿐만 아니라, 미량 영양소의 적절한 섭취 역시 출산결과에 중요한 영향을 미친다(Scholl & Johnson 2000). 예를 들어 Carl et al. 의 연구(1989)는 아연의 부족이, 그리고 박혜숙 외의 연구(2003)은 비타민 B1의 부족이 유산 및 조산아와 저체중아 출산과 연관성이 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고하고 있다.

나. 엽산 섭취

임신 중 관리하여 할 미량 영양소의 섭취 중에서 가장 중요하게 인식되는 것은 엽산의 섭취라고 할 수 있다. 엽산은 태아의 신경관 손상을 2/3 가량 줄여주는 것으로 보고되고 있으며(Hibbard 1993; Scholl and Johnson 2000), 또한 엽산의 부족은 거대적아구성 빈혈, 유산, 태반박리, 구순구개열 등의 부정적 효과를 초래하여 영유아의 심각한 장애 및 사망을 초래할 수 있다(Shaw et al. 1995). 특히 태아의 신경관 손상 예방을 위해서는 임신 21부터 28일 사이의 모체의 엽산영양상태가 중요한데(Institute of Medicine, 1998), 이는 임신 이전부터 적절한 엽산 섭취가 중요하다는 것을 의미한다. 일반적으로 임신 전 엽산의 섭취는 임신 3개월 이전부터 최소 임신 2개월까지 섭취하는 것을 권고하고 있으며, 또한 태아의 아버지가 함께 복용할 경우에는 그 효과를 더욱 높일 수 있다. 미국에서는 신경관 손상 예방을 위해 일일 최소 400 μ g의 엽산 섭취를 권고하는데(CDC 1992), 일상적인 섭취량을 충족시키기 위해 1998년부터 모든 곡류 제품 100g 당 140 μ g의 엽산을 강화하도록 조치하였다(FAD 1996).

5. 선천성 이상아에 대한 연구

선천성 이상은 재태기간과 출생체중 외에 불량한 출산결과를 나타내는 또 다른 지표이다. 그러므로 선천성 이상에 대한 기존 연구결과들은 출산 결과에 부정적 영향을 미치는 요인들에 대한 이해를 제공해준다. 선천성 이상은 출생 시에 나타나는 신체적인 기형, 감각이상, 대사 이상, 염색체 이상 등을 말하며 출생 전후 사망 및 장애발생의 주요 원인으로 여겨지고 있다(최정수·이난희, 2011). 국내에서 이루어지는 선천성 이상아에

46 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

대한 연구는 주로 병원에 입원한 신생아들을 대상으로 임상학적 관점에서 수행되고 있으며(정성훈 외, 2013; 박명숙 외, 2013; 이진성, 2008) 신생아 건강을 위한 정책개발을 목적으로 현황을 분석하고 정책과제를 제시하는 연구들(최정수 외, 2009; 최정수·이난희, 2011; 최정수 외, 2012)도 행해지고 있다.

〈표 2-4〉 선천성 이상 69개 주요 질환

구분	질병명	구분	질병명	구분	질병명
신경계통	1 뇌없음증(무뇌증)	심혈관계	24 삼첨판폐쇄/협착	근골격계	47 요관폐쇄성결손
	2 척추갈림증		25 엡스타인 이상		48 선천수신증
	3 뇌류		26 발육부전성좌심증후군		49 팔의감소성결손
	4 소두증		27 동맥관개방		50 다리의감소성결손
	5 후각뇌결여증, 통앞뇌증		28 대동맥축착		51 사지감소성결손
	6 선천수두증		29 대동맥폐쇄/협착		52 엉덩관절선천탈구
눈·귀·얼굴·목	7 무안구증	위장관계	30 전체폐정맥연결이상	53 내반점족	
	8 소안구증		31 식도폐쇄/협착	54 선천가모막탈장	
	9 선천내장		32 직장항문폐쇄/협착	55 다지증	
	10 무흉채증		33 작은창자폐쇄/협착	56 합지증	
	11 선천녹내장		34 십이지장폐쇄/협착	57 다발성관절만곡증	
	12 무이증		35 기타창자폐쇄/협착	58 머리뼈불음증	
	13 소이증		36 거대결장	59 질식성가슴형성이상	
	14 입천장갈림증		37 쓸개관폐쇄	60 연골형성저하증	
	15 입술갈림증	38 운상체장	61 배꼽탈출(증)		
	16 코의 선천폐쇄	39 콩팥무발생증	62 위벽파열		
심혈관계	17 총동맥줄기	비뇨생식기계	40 요도하열	염색체이상	63 13번 삼염색체증
	18 큰혈관전위		41 요도상열		64 18번 삼염색체증
	19 단일심실		42 방광외반증		65 다운증후군
	20 팔로의 사정후		43 콩팥형성이상		66 터너증후군
	21 심실중격결손증		44 남성신장		67 클라인펠터증후군
	22 심방중격결손증		45 중성		68 윌프허쉬호른증후군
	23 폐동맥판막폐쇄/협착		46 정류고환		69 크리두샤증후군

자료: 최정수 외(2009), 『선천성이상아 조사 및 분석 연구』, pp.56~57의 표를 재구성함.

우리나라의 선천성 이상아에 대한 통계는 2009년에 보건복지부, 한국보건사회연구원, 대한의무기록협회가 주관한 「선천성이상아 조사」가 있다. 이 자료는 전국 2천3백여 개 의료기관에서 실시한 선천성 이상아 조사와 '2005~2006년 영아모성사망조사' 및 인구동태조사 자료를 연계하여 출생아 유병률(live birth prevalence rate) 및 출생 시 유병률(prevalence rate at birth)을 산출하였다. 유럽연합 선천성이상 감시기구(EUROCAT), 국제 선천성이상 감시기구(ICBDCR), 미국의 국가선천성이상감시기구(NBDPN)에서 관리 중인 주요 질환 69개를 기준으로 통계를 생산하였다(표 2-4 참조).

『선천성이상아 조사 및 분석 연구』에 따르면, 2005~2006년 출생아 중 선천성 이상아는 총 25,976명으로 전체 출생아의 2.9%였으며 2005년에 비해 2006년에 다소 증가하였다. 선천성 이상아는 전체 출생아와 비교했을 때 2500g미만의 저체중아나 임신주수 37주 미만의 미숙아, 산모 연령 35세 이상 등의 고위험군의 비중이 높았다고 보고한다(최정수 외, 2009).

출생아 유병률이 가장 높은 질병은 순환기계통의 심방중격결손증이며 종합적으로는 순환기계통 질병 유병률이 45.2%로 가장 높았다. 2006년 기준으로 출생아 유병률 순위별 10대 질병은 심방중격결손증, 심실중격결손증, 선천수신증, 동맥관개방, 정류고환, 다지증, 영덩관절선천탈구, 입천장갈림증, 합지증, 입술갈림증으로 조사되었다.

선천성 이상에 대한 임상학적 연구들은 선천성이상으로 진단받은 신생아들을 대상으로 진단, 경과, 치료 결과, 예후 등에 대한 정보를 제공한다. 정성훈 등(2013)의 연구는 2001년부터 2010년까지 10년 동안 서울 아산병원 신생아중환자실과 신생아 입원실에 입원한 약 2,900여명의 선천성 이상아를 대상으로 출산행태, 성별, 산모연령, 발생빈도 등을 조사

하였다. 선천성 이상아는 여아보다는 남아가 발생빈도가 높았고 저체중아는 약 10%, 미숙아의 비율은 약 12%로 비중이 높았다고 할 수 있다. 산모 연령 또한 35세 이상 고령산모에서 선천성 이상아의 비율이 높은 것으로 분석 되어 고위험군의 선천성 이상아 비율에 대한 최정수 외(2009)의 연구결과와 비슷한 양상으로 나타났다.

이외에도 특정 선천성 질병을 예측하기 위한 임상적 연구(한경철 외, 1999; 공명희·임용택, 2011)들이 수행되고 있으나 선천성 이상아 출산에 대한 원인이나 질병을 예방할 수 있는 요인을 밝히는 연구들은 부족한 실정이다. 선천성 이상의 원인으로는 유전적 요인, 환경적인 요인을 꼽을 수 있고 원인 불명인 경우가 50~60%나 된다. 또한 우리나라 영아사망의 20%가 선천성 이상으로 초래된다(최정수·이난희, 2011).

조주연 등(1995)은 선천성 이상 유발 가능성이 있다고 추정되는 약물이나 환경 등의 노출여부에 대해 사전조사하고 선천성 이상아 출산 여부를 조사한 후향적 연구를 수행하였는데, 전체 6,706명 중에 4.5%가 선천성 이상아를 출산하였다. 정상군과 비교했을 때 나이에 따른 차이는 없었지만 35세 이상이 선천성 이상아 출산이 증가하는 것으로 분석되어 고연령 산모일수록 더욱 관리가 필요함을 재차 확인할 수 있다.

이 연구에서는 산모들이 임신 초기에 방사능, 약물, 술이나 담배에 임신 여부를 모르고 노출되는 경우가 1/4이나 되며 산모에 따라서는 입덧을 완화할 목적으로 커피나 술, 담배를 사용하는 극단적인 경우도 있었다. 하지만 정상아군과 선천성 이상아군에서 음주, 흡연, 약물 영향의 차이는 발견되지 않았다. 이것은 약물 및 유해환경을 접한 시기를 최종월경 일부터 임신 1기(14주)까지로 한정했다는 것과 해당 산모들이 접한 약물은 질병으로 인한 것이 가장 많았다는 점, 흡연이나 음주 양에 대한 정확한 통계치가 없다는 점 등 때문에 음주, 흡연, 약물의 영향에 대한 정확한

결과라고 보기 어렵다. 또한 1996년~2000년까지의 문헌을 조사하여 흡연, 음주, 약물 등이 저체중이나 미숙아, 선천성 이상에 영향을 미친다고 보고하는 연구(박재순 외, 2000)와 재태기간 중 산모의 음주나 흡연이 신생아의 출생체중, 신장, 두위 감소에 영향을 미친다는 연구(공선희 외, 2005)결과가 있어 약물의 종류, 음주 및 흡연의 시기나 양에 따라 산모와 신생아의 건강에 영향을 미친다고 여겨진다.

선천성 이상아로 진단 후, 적절한 치료와 의료자원의 공급도 중요하지만 더욱 효과적인 방법은 이러한 결과가 나타나지 않도록 예방하는 것이다. 위험요인에 대해 임신부의 각별한 주의가 필요하다는 것을 인지시키고 또한 적절한 산전관리가 불량한 출산결과를 예방하는 중요한 방안이다(송영우 외, 2010). 더 나아가 산전관리 뿐만 아니라 혼인연령 상승으로 여성들의 초산 시기가 늦어지는 만큼 임신 전 생식건강의 중요성 또한 강조해야 할 것이다.

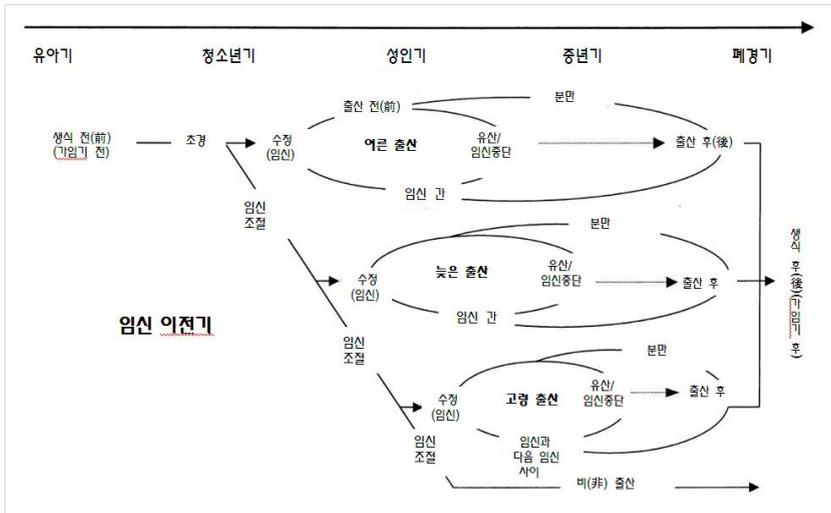
제2절 생애적 관점의 접근(life span approach)

우리사회에서는 다소 생소한 개념이지만, 임신 전 출산건강 관리(preconceptional care)는 출산건강 증진을 위해서 중요하게 부각되고 있는 정책적 학술적 개념이다(Allaire & Cefalo 1998). 출산결과를 결정하는 요인들은 음주, 흡연, 약물 노출, 체중 및 영양상태 등 임신 기간 동안의 생의학적 요인들에 의해서만 결정되는 것이 아니라, 건강행동, 건강행동 인식, 출산 및 성과 관련된 건강 지식 등 위험노출과 관련된 개인의 행동 및 사회적 환경과도 밀접한 관련을 맺는다.

이러한 출산결과 위험요인에 대한 인식의 확대는 자연스럽게 위험요소

노출 시기의 문제로 확장되는데, 이에 따라 수정 및 임신기 중심의 관점에서 전생애적 범위로 출산건강에 대한 관심이 확대되어야 한다. 이는 주산기 산모에 대한 의료적 접근에서 전생애에 걸쳐 위험요인에 노출을 예방하도록 물리적, 사회적 환경을 개선하고, 건강행동을 개선할 수 있도록 모든 여성 및 일반대중을 대상으로 한 공공보건적 관점의 예방정책으로의 전환을 의미한다(Misra et al. 2003). 이러한 생애적 관점(life span approach)에 근거한 여성의 출산 주기는 다음 [그림 2-1]과 같이 설명되어 질 수 있다.

[그림 2-1] 여성의 출산주기에 대한 개념도



출처: Misra et al. (2003), p.66.

여성은 초경 시부터 임신의 가능성에 노출되어 있으며, 임신의 결과는 출산으로 이어지거나 혹은 유산 등으로 마쳐질 수 있다. 그러나 이러한 과정은 한 번의 과정으로 중단되는 것이 아니라, 다음 임신까지의 임신

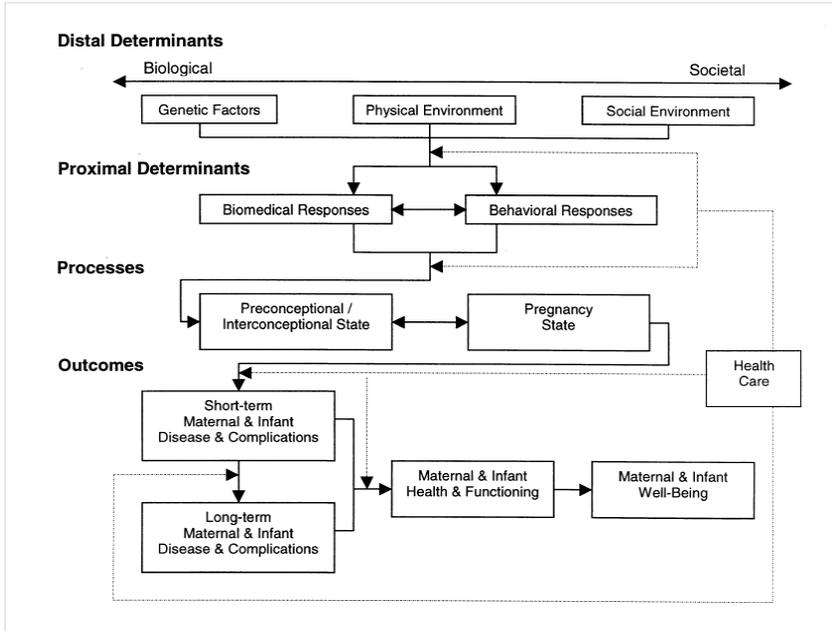
간 기간을 거쳐 다른 임신으로 이어지기도 한다. 이러한 연속된 과정은 여성의 생애 과정 중과 연결되는데, 여성은 자신의 생애과정에 따라 자신의 모체 및 경험하게 되는 사회 환경이 달라진다.

기존의 출산결과에 대한 접근 방법은 주로 출산 이전의 태아기(prenatal), 분만(intrapartum), 그리고 출산 직후 기간의 모자보전에 초점을 맞춘다. 그러나 이러한 접근 전략들은 아동기, 청소년기, 그리고 출산결과에 영향을 주는 전반적인 여성의 건강의 문제를 적절히 다루지 못하는 한계를 갖는다.

그리고 생애적 접근의 또 다른 차이점은 출산결과와 관련하여 하나 혹은 몇몇 소수의 위험 인자들을 개별적으로 다루는 것이 아니라, 다수의 결정인자들을 포괄하려는 접근 방식(multiple determinants model)을 취한다. 이는 [그림 2-2]에서 제시하는 것처럼 생의학적 요인들뿐만 아니라, 사회환경과 심리적 환경까지도 출산 건강의 증진의 영역에 포함한다. 이는 Evans와 Stoddart(1990)의 건강결정모형의 출산건강 증진 영역으로의 적용이라 할 수 있다.

임신 전 출산건강 관리가 중요한 이유는 우선 출산 전 주산기 관리만으로는 그 효과를 기대하기 어렵고, 또한 이미 악화된 출산 건강을 개선하는 데는 많은 자원이 소요되기 때문이다. 앞서 임신 전 엽산제 복용이나 임신 전 출산건강 검진은 그러한 대표적 예들이 될 수 있다. 더불어 개인의 건강행동이 갖는 생애적 특성에 주목하기 때문이고 한데, 예를 들어 청소년기의 안전하지 못한 성적 행동들로 인한 성병 및 부인계 질환의 경험은 생애 전체에 걸쳐 출산건강에 부정적 영향을 미치게 한다. 더불어 청소년기 및 이른 성인 시기에 경험한 건강행동들은 행동 습관으로 고착화되어 지속적으로 그 부정적 영향을 누적시킬 위험도 크다(Lu & Halfon, Kaplan & Salonen 1996, Powers & Hertzman 1997).

[그림 2-2] 주산기 건강 개념도



자료: Misra et. al. 2003, p. 68.

이러한 생애적 접근에 근거한 임신 전 출산건강 관리는 연구영역뿐만 아니라 정책 영역에서 실천적 함의를 갖는다. 실제 임신 전 출산건강 관리 사업들은 여러 서구사회들에서 실시되면서 다양한 방안들이 제안되고 있으며(Allaire & Cefalo 1998, Korenbrot et al. 2002), 출산건강 증진의 실증적인 결과들이 제시되고 있다(Atrash et al. 2006).

한 예로 미국의 질병관리본부(CDC)는 임신 전 출산건강 관리의 목적을 1) 남성과 여성의 임신 전 건강에 관한 지식, 태도, 행동의 증진, 2) 모든 가임기 여성 대상 임신 전 건강관리 서비스의 실시, 3) 출산 결과에 대한 위험요인들의 감소, 그리고 4) 출산결과의 불평등의 완화라고 명시한다(CDC 2006). 이러한 목적을 실현하기 위한 행동 지침으로 다음 같은

10가지 사항을 권고하고 있다.

CDC의 임신 전 출산건강 관리를 위한 행동단계(action steps)

1. 전 생애 동안의 개인의 책임 강화: Individual Responsibility Across the Lifespan
2. 대상자의 인식 개선: Consumer Awareness
3. 예방적 조치(상담 기능): Preventive Visits
4. 확인된 위험인자들에 대한 개입: Interventions for Identified Risks
5. 임신 간 관리: Interconception Care.
6. 임신 전 확인 및 검진: Prepregnancy Checkup
7. 저소득 여성의 건강보험 적용: Health Insurance Coverage for Women with Low Incomes
8. 공중보건 프로그램: Public Health Programs and Strategies
9. 연구: Research
10. 개선의 지속적 모니터링: Monitoring Improvements

이러한 접근 방식은 몇 가지 중요한 시사점을 갖는다. 첫째, 임신 건강 증진을 위한 행동 주체로서의 개개인의 책임을 인식하게 하면서 개인의 건강관리 역량을 강화시키고자 한다는 점이다. 이는 단순한 서비스의 대상으로서의 역할 이상의 행동개선을 전제한다. 둘째, 개인의 건강행동 증진을 위한 역량 강화를 위해 교육의 필요성을 강조한다. 이는 학교 교육과 함께 다양한 성인 및 대중 교육의 방안을 마련하려는 노력으로 이어진다. 그리고 물론 임신 전 출산건강 관리의 주된 대상은 여성이지만, 남성을 포함한 가족과 지역 사회도 출산 건강 증진의 중요한 역할을 맡게 됨을 강조한다. 셋째, 생애적 접근은 의료 서비스 영역뿐만 아니라 학교 및 교

육, 지역사회, 사회 서비스 영역의 역할과 이들의 협력을 강조한다. 이는 출산건강의 결정 요인이 생물학적·의학적 영역에 한정되지 않는다는 인식에 근거한다. 그리고 각 영역들의 실천행동과 함께 제도 개선을 통해 출산 건강 증진에 유리한 환경을 조성하고자 노력을 기울인다. 이는 자연스럽게 민간 영역과 공적 영역의 협력으로 이어지게 된다.



제3장 출산결과 동향 분석

제1절 국내 출산결과 동향

제2절 이상 출산결과 위험 분석

제3절 소결

3

출산결과 동향 분석 <<

제1절 국내 출산결과 동향

1. 분석 자료와 연구 방법

임신결과의 현황 및 변화 추이를 살펴보기 위해 통계청의 인구동향조사 자료의 출생통계를 활용하였다. 출산통계는 출생신고 자료를 활용한 행정통계로 전체 출산을 대상으로 하기 때문에 다른 조사자료들이 가질 수 있는 대표성의 문제에서 자유롭다고 할 수 있다. 그러나 병의원의 임상자료가 아닌 자기기입 자료라는 점에서의 부정확성의 문제와 구성 정보가 풍부하지 않다는 행정통계의 한계들을 가지고 있다. 특히 이 연구에서 출생시 체중과 임신주 수에 대한 정확성은 매우 중요한 문제라고 할 수 있다. 하지만 통계청의 출산결과 자료는 해외의 한국 이민자들에 대한 연구와도 일치되는 결과들을 보이는 등 일정 수준의 정확성을 보이는 것으로 평가된다(김상원 외 2010).

이 장에서는 출산결과를 나타내는 대표적인 지표로 저체중아 출산과 조산아 출산을 사용한다. 일반적으로 저체중 출생아는 출생시 체중이 2,500g 미만일 경우를 말하며, 1,500g 미만일 경우는 초저체중 출생아로 분류된다. 한편 조산의 경우는 임신기간이 37주 미만인 신생아의 출산으로 정의되며, 마찬가지로 임신기간이 32주 미만인 경우는 초조산으로 구분된다. 저체중출산과 조산은 모두 신생아의 건강상태를 나타내는 지표로 신생아 사망률과도 상관관계를 보이는 것으로 보고되고 있으며(김상미, 조영태 2011), 재원일수 등 신생아 의료비에 대한 경제적 부담

과도 밀접한 관계가 있다(Gilber et al. 2003; Phibbs and Schmitt 2006). 또한 출산결과가 나빴던 경우 성인기 만성질환의 이환율이나 사망률도 더 높은 것으로 보고되고 있다(Barker 2006, Rogowski 1999, Kajantie et al. 2005).

이 장의 분석에서는 최근 10여 년간 출산결과의 변화추이를 알아보기 위하여 다양한 교차분석을 실시한다. 여기에는 해당 기간 동안 출산결과 변화의 요인들을 구체적으로 확인하고자 저체중아와 조산아 출산에 관한 산모의 연령 구조와 연령별 발생률의 영향을 각각 분해(decomposition) 하는 작업도 포함된다. 분해분석은 두 시점의 출산결과 분포에서 산모 인구의 연령구조와 연령별 발생률을 각각 표준화하고, 두 시점의 출산결과 이상 출산율의 변동에서 연령구조의 변화와 연령별 발생률의 변화가 미친 각각의 영향력의 정도를 구분해낸다. 다시 말해, 분해분석은 지난 10여 년간 나타난 저체중아 및 조산아 출생의 증가가 주로 고연령 산모의 증가에 의한 것인지, 아니면 저체중아나 조산아의 출산율의 증가에서 비롯된 것인지를 계산한다.

2. 출산결과의 변화 추이

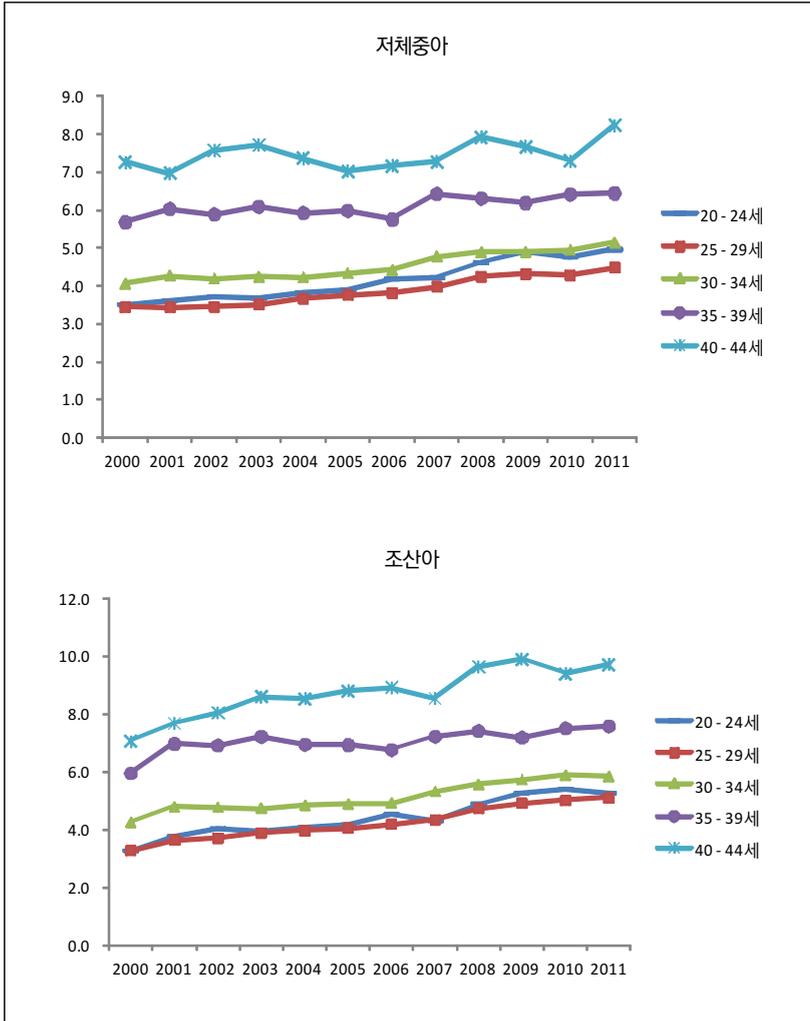
통계청의 출생통계에 따르면 2011년에 출생한 신생아들 중 저체중아는 24,647명으로 5.2%, 그리고 초저체중아는 2,935명인 0.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 그리고 임신기간에 있어서 조산아는 28,166명인 6.0%, 초조산아는 3,481명으로 0.7%로 나타났다. 이러한 수치들을 과거 결과와 비교해 상당히 빠른 수준의 증가를 보여준다. 한 예로 2000년 저체중아 비율은 3.8%, 조산아 비율은 4.3%이었는데, 이는 지난 11년 동안 각각 36.8%, 39.5%가 증가하였음을 의미한다.

기존의 많은 연구들은 이러한 출산 건강의 악화의 가장 큰 원인으로 혼인과 출산의 연기에 기인한 고령출산의 증가를 꼽고 있다. 고령산모의 기준에 대해서는 명확한 기준이 제시되고 있지는 않지만, 35세 이상의 산모들을 대상으로 이들이 전체 출산에서 차지하는 비율을 살펴보면 2000년에는 6.7%, 2011년에는 18.2%로 무려 2.7배 많아진다. 그러나 이러한 고령산모의 증가가 출산결과 악화에 영향을 미친 것은 분명한 사실이지만, 그간 출산결과의 변화의 절대적 요인이라고 단언할 수는 없다. 왜냐하면 전체 저체중 출생아와 조산아 중에서 실제 고령 산모의 아이들이 차지하는 비율이 한정적일 수 있기 때문이다. 실제로 2011년의 통계자료를 분석해보면 전체 저체중 출생아 출산 중에서 35세 이상 산모의 출산은 23.7%를 차지하였으며, 조산아의 경우에도 비슷한 23.7% 수준에 머무는 것으로 나타난다. 그러므로 출산 결과의 변화 원인을 살펴보기 위해서는 우선 연령별 출산결과의 변화에 대한 분석이 필수적이라고 할 수 있다.

[그림 3-1]은 2000년부터 2011년까지 연령별 저체중아 출산율과 조산아 출생률을 나타낸다. 제시된 출산결과의 변화추이를 살펴보면 저체중출산율과 조산율의 전반적 상승 경향이 모든 연령대에서 나타나는데, 이는 모든 연령집단에서 출산건강이 지속적으로 악화되고 있다는 것을 시사한다. 더불어 20대 초반의 저체중아와 조산아 출산율이 20대 후반보다 오히려 높게 나타나 어린 나이 출산의 출산결과에 대한 부정적 영향도 확인할 수 있다.

60 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

[그림 3-1] 산모의 연령별 이상아 출산율 변화 추이



자료: 통계청, 출생통계, 각 연도.

한편 비교집단들 중에서 40대 초반 고령출산의 저체중아 및 조산아 출산율이 가장 높게 나타났지만(2011년 저체중 8.2%, 조산 9.7%), 그 증

가율은 다른 연령집단들에 비해 그리 높지 않은 것으로 나타났다. 2000년과 2011년 사이에 40대 초반의 저체중아 출산율은 13.2%가 증가하여 비교 연령집단들 중에서 가장 낮은 증가율을 보였는데, 참고로 전체 연령대에서의 증가율은 36.8%이고, 20대 초반의 증가율은 무려 41.4%에 이른다. 조산아 출산의 경우에도 40대 초반 산모집단에서는 37.3%의 증가율을 보여 같은 기간 전체 증가율 39.5%에도 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이상과 같이 전체 저체중아 및 조산아 출산에서 30대 중반 이상 고령 산모의 비중이 그리 높지 않다는 점과 이들에게서 발견되는 저체중 및 조산아 출산율의 낮은 증가 수준 등을 고려해보면, 최근의 저체중아 및 조산아 출생율의 증가에 고령산모의 증가가 절대적인 영향을 미친 것이 아니라는 것을 추정할 수 있다.

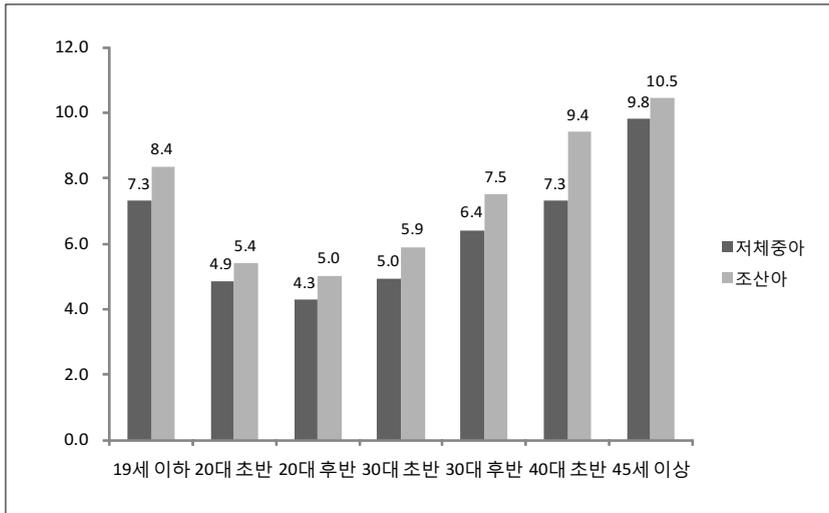
3. 이상출산 증가에 대한 모의 연령 증가 효과

가. 출산결과에 대한 모의 연령 효과

일반적으로 저체중출산과 조산 등의 부정적 출산결과는 산모의 연령과 일정한 상관관계를 보이는 것으로 알려져 있다. 이는 우리나라의 경우에도 마찬가지인데, 출산결과의 연령분포를 살펴보면 전반적으로 연령의 증가에 따라 저체중아와 미숙아의 출산율이 증가하는 패턴을 보이지만, 20대 초반과 19세 이하 연령의 산모들의 경우에는 오히려 그 비율이 상승하는 'U형 패턴'을 확인할 수 있다. 고령산모에서 부정적 출산결과가 많아지는 것은 일반적으로 생물학적 노화를 그 원인으로 설명하는 경향이 강하다. 그러나 20대 초반 이하 연령에서 나타나는 패턴에 대해서는 산모들의 생물학적 미성숙(immature)뿐만 아니라, 어린 나이의 임신부

가 경험하게 되는 사회경제적 어려움과 이들의 음주 및 흡연 등 건강행동의 영향도 중요한 결정요인으로 추정된다.

[그림 3-2] 산모의 연령에 따른 저체중아 및 조산아 출산율 분포



자료: 통계청, 출생통계, 2010.

나. 모의 연령 효과 분해 분석

다음으로 최근의 출산연령 변화가 출산결과 변화에 얼마나 많은 영향을 미쳤는가를 알아보기 위하여 지난 2000년과 2011년의 출산결과와의 차이를 분해(decomposition)해 보았다. 이 분석은 두 시점 사이의 전체 저체중출산아 및 조산아 출산율 차이에서 산모 인구의 연령구조 차이(A)와 연령별 발생률의 차이(R) 효과를 분리하여 각각의 요인이 미친 정도를 나타낸다. 2000년과 2011년의 산모의 연령 분포와 연령별 저체중출산아 및 조산아 출산율은 <표 3-1>로 제시하였고, 이를 분해한 과정과 결과

는 이어지는 <표 3-2>로 나타내었다.

<표 3-1> 산모의 연령구성과 출생결과 이상아 출산율 분포

구분	산모의 연령분포		저체중아 출산율		조산아 출산율	
	2000년	2011년	2000년	2011년	2000년	2011년
전체	100.0	100.0	3.80	5.23	3.78	5.98
19세 이하	0.7	0.6	4.88	7.56	4.59	7.52
20~24세	11.8	5.2	3.51	4.97	3.29	5.27
25~29세	51.9	29.1	3.45	4.48	3.30	5.12
30~34세	28.9	47.0	4.06	5.14	4.28	5.85
35~39세	5.8	15.8	5.68	6.44	5.97	7.59
40~44세	0.8	2.1	7.26	8.24	7.08	9.72
45세 이상	0.1	0.1	7.74	10.76	6.91	10.36

자료: 통계청, 출생통계, 각 연도.

<표 3-2> 출생결과 이상아 출산율의 변화에 대한 분해결과

	표준화(Standardization)		분해(Decomposition)	
	2011년	2000년	차이	영향력 비중(%)
저체중아 출산율				
R-표준화 출산율	4.709	4.352	0.357	25.0
A-표준화 출산율	5.067	3.994	1.072	75.0
전체 출산율	5.233	3.804	1.429	100.0
조산아 출산율				
R-표준화 출산율	5.767	4.028	1.739	21.0
A-표준화 출산율	5.129	4.666	0.463	79.0
전체 출산율	5.982	3.781	2.202	100.0

자료: 통계청, 출생통계, 각 연도.

분해한 결과를 살펴보면 2000년과 2011년 사이 저체중아 출산율의 증가에서 연령구성의 차이는 25.0%, 연령별 저체중아 출산율의 변화는

75.0%의 영향력을 미친 것으로 나타났다. 마찬가지로 조산아의 출산에서도 그간 조산아 출생율 증가폭에 대해 연령구성의 차이는 21.0%, 연령별 출산율의 변화는 79.0%의 차이를 설명하는 것으로 나타났다. 이를 통해 지난 10여 년 동안 나타난 저체중출산아 및 조산아 출산율의 증가는 고령산모의 증가보다는 각 연령에서의 발생률의 증가, 다시 말해 전반적인 출산건강의 악화에 더 크게 기인하였다는 사실을 알 수 있다.

이와 같이 기존의 일반적 설명과는 달리 산모의 출산연령보다는 각 연령집단의 출산건강의 중요성을 강조하는 분석결과는 출산건강에 대한 이론적, 정책적 접근에 있어서 새로운 방향성의 설정이 필요하다는 것을 시사한다. 이는 출산결과의 결정요인으로서 산모 연령 이외의 다양한 위험인자들에 대한 연구의 필요성을 의미하며, 출산결과의 개선을 위해서도 고연령 산모뿐만 아니라 모든 연령대의 산모들로 접근의 대상이 확대되어야 한다는 것을 보여준다.

이러한 위험인자들의 다양화와 정책 대상의 확대는 출산결과 증진을 위한 정책적 접근에서 산전 임신기 관리 중심의 접근뿐만 아니라, 예방적 접근도 매우 중요하다는 것을 시사한다. 왜냐하면 전반적인 출산건강의 악화 속에서 사회 환경의 개선을 통한 공중보건적 접근이 병행되어진다면 더 효과적인 결과를 나타낼 수 있기 때문이다. 이러한 접근 방식은 임신(conceptio) 및 임신기간뿐만 아니라 임신 전과 임신 간 산모가 경험하게 되는 다양한 요인들의 결정력에 주목한다는 점에서 앞서 언급한 전생애적 접근과도 유사하다고 할 수 있다.

제2절 이상 출산결과 위험 분석

1. 분석 자료와 연구 방법

다음으로 부의 연령에 따른 출산결과 이상의 위험성에 대한 통계분석을 실시하는데, 직접적 연령효과에 근접하고자 활용 가능한 변인들을 통제변수로 분석 모델에 포함한다. 이러한 통계분석에서 활용되는 부의 연령 이외에도, 출산 특성에 대한 정보들과 부모의 사회경제적 지위에 대한 자료들이 포함된다. 저체중아 출산과 조산아 출산의 위험성에 대한 로지스틱 회귀분석에서는 부의 연령 및 출산 특성 변수만을 고려한 모델과 부모의 사회경제적 특성을 반영한 모델, 그리고 기타 사회적 특성을 반영한 모델을 추가적으로 사용한다. 이렇게 위계적 회귀분석을 실시하는 것은 출산결과에 대한 연령효과에서 비생물학적 요인들의 영향을 구분하고, 다른 위험 요인들을 찾기 위한 시도이다.

마지막으로 기본적 결정요인들을 통제한 상태에서 출생아의 부의 연령과 학력 조합에 따른 출산결과 이상의 위험성 분포를 살펴본다. 분석 대상을 부의 학력에 따라 구분하여 각각의 집단에서 앞서 실행한 위험분석과 같은 방식의 회귀분석을 실시하고, 분석결과에 나타난 부의 연령 효과의 회귀계수를 백분율로 환원하여 저체중아와 조산아 출산율을 나타내었다. 이는 출산 결과에 대한 부모의 연령의 효과와 사회경제적 요인들을 조합하여 위험집단들을 좀 더 구체적으로 확인하고, 더불어 연령과 사회적 변인들 간의 상호작용 효과 등 출산 결과 발현의 메커니즘에 좀 더 접근해보기 위한 시도이다.

이상과 같이 출산결과에 대한 통계분석 작업을 반복적으로 수행하는 이유는 이 연구가 출산결과에 대한 부의 연령효과를 단순히 확인하는 데

그치는 것이 아니라, 연령효과가 나타나는 메커니즘에 대한 설명을 추론하기 위함이다. 이 연구는 한정된 정보만을 포함하는 행정통계 자료를 활용하여 국내에서는 거의 진행되지 않았던 부의 연령 효과를 확인하는 탐색적 연구이기 때문에 분석 결과에 대한 다양한 해석 가능성들을 유추하는 것은 매우 의미 있는 작업일 것이다. 그리고 이러한 이론적 추정은 앞으로의 부의 연령효과에 관한 연구에 방향성을 제공해줄 수 있을 뿐만 아니라, 출산결과에 대한 논의 범위를 다른 사회·경제·심리적 요인들에까지 확장하는데 기여할 수 있을 것이다.

출산결과에 대한 부의 연령효과에 관한 통계분석은 2011년 출산통계(원자료)를 이용하여 저체중아 출산 및 조산아 출산에 대한 위험분석을 실시하고자 한다. 이 통계분석에 사용되는 출산의 특성에 관한 변수들에는 출생아 성별, 다태아 여부, 출생아의 출생순위, 결혼 전 임신 여부가 포함된다. 이중 결혼 전 임신 여부는 혼인 신고서에 기입하게 되어 있는 '실제 결혼생활 시작 시기'와 출생월 간의 차이가 6개월 미만일 때로 정의한다. 이 변수는 계획된 임신여부를 일부 반영하는 지표라는 의미가 있는데, 결혼 전 임신의 경우에는 임신과 출산에 대한 계획과 관련 준비가 이뤄지지 않은 상태에서 임신에 이르렀을 가능성이 높다고 볼 수 있기 때문이다.

한편 부모의 사회경제적 지위로는 모와 부 각각의 학력과 부의 직업이 사용된다. 모의 직업 정보를 분석에 포함되지 않은 것은 사용되는 자료는 출생신고 시점의 정보들이 기입된 것으로 임신과 출산으로 인한 퇴직이나 휴직 등의 변동 사항이 반영되지 않아, 임신 직전 혹은 임신 기간 동안의 정보가 왜곡되어 나타났을 가능성이 높기 때문이다.

한편 교육 수준은 소득 등 경제적 수준을 간접적으로 나타낼 뿐만 아니라, 임신건강에 직접적 영향을 미칠 수 있는 보건 및 임신건강 관리 등 산

모의 건강행동도 간접적으로 반영하는 변수라고 할 수 있다. 그리고 출산 건강에 중요한 영향을 끼치는 산모의 연령과 산모가 외국인이거나 귀화자인 경우인 다문화 가족 여부 역시 통제변수로 분석에 포함하였다. 이 분석에 사용된 변수들에 따른 출산결과의 분포는 각각 다음 <표 3-3>과 <표 3-4>에 제시하였다.

<표 3-3> 부모 및 출산의 특성에 따른 출생결과의 분포(저체중아)

구 분	저체중아 출산		
	N	출산율	
전체	456,998	3.7	
부의 연령	10대	746	7.6
	20~24세	6,241	4.3
	25~29세	68,217	3.3
	30~34세 ¹⁾	199,537	3.3
	35~39세	133,508	3.7
	40~44세	36,472	4.6
	45세 이상	5,654	5.7
출생아 성별	여아	222,080	4.1
	남아 ¹⁾	234,918	3.4
출산경험	첫째아	234,773	4.1
	둘째아	172,448	3.2
	셋째아 이상 ¹⁾	48,993	3.6
모_이민자	이민자	18,895	4.2
	내국인 ¹⁾	437,118	3.6
모의 학력	중학이하	10,237	6.0
	고교	131,751	4.3
	대졸 ¹⁾	286,081	3.3
	대학원 이상	27,521	3.4
부의 학력	중학이하	8,373	5.1
	고교	125,860	4.2
	대졸 ¹⁾	277,004	3.4
	대학원 이상	40,892	3.1

68 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

구 분		저체중아 출산	
		N	출산율
부의 직업	관리직/전문직	108,885	3.4
	사무직 ¹⁾	174,100	3.5
	서비스/기능	108,216	3.7
	단순노무/조립/농림어업	32,469	4.1
	학생/가사/무직	18,464	4.0
지역	군지역(경기도 포함)	37,227	4.0
	중소도시	109,518	3.7
	대도시/수도권 ¹⁾	310,253	3.7
임신 시기	혼전임신	39,635	4.2
	혼후임신 ¹⁾	411,876	3.5
모의 연령	10대	2,921	7.0
	20~24세	24,249	4.0
	25~29세 ¹⁾	133,918	3.3
	30~34세	214,242	3.5
	35~39세	71,150	4.4
	40~44세	9,772	6.6
	45세 이상	288	8.7

주: 1) 기준변수

자료: 통계청, 출생통계, 2011.

<표 3-4> 부모 및 출산의 특성에 따른 출생결과의 분포(조산아)

구 분		조산아 출산	
		N	출산율
전체		456,845	4.5
부의 연령	10대	742	7.8
	20~24세	6,239	4.8
	25~29세	68,219	4.0
	30~34세 ¹⁾	199,536	4.0
	35~39세	133,491	4.6
	40~44세	36,460	5.8
	45세 이상	5,650	6.8
출생아 성별	여아	222,021	4.1
	남아 ¹⁾	234,824	4.9

	구 분	조산아 출산	
		N	출산율
출산경험	첫째아	234,757	4.2
	둘째아	172,429	4.6
	셋째아 이상 ¹⁾	48,989	5.6
모_이민자	이민자	18,869	4.4
	내국인 ¹⁾	437,106	4.4
모의 학력	중학이하	10,228	6.5
	고교	131,748	5.3
	대졸 ¹⁾	286,064	4.1
	대학원 이상	27,512	4.2
부의 학력	중학이하	8,367	6.2
	고교	125,854	5.1
	대졸 ¹⁾	276,984	4.1
	대학원 이상	40,883	4.0
부의 직업	관리직/전문직	108,873	4.2
	사무직 ¹⁾	174,092	4.3
	서비스/기능	108,205	4.6
	단순노무/조립/농림어업	32,470	4.9
	학생/가사/무직	18,454	4.8
지역	군지역(경기도 포함)	37,219	4.8
	중소도시	109,480	4.6
	대도시/수도권 ¹⁾	310,146	4.4
임신 시기	혼전임신	39,635	4.3
	혼후임신 ¹⁾	411,847	4.4
모의 연령	10대	2,874	7.1
	20~24세	24,202	4.5
	25~29세 ¹⁾	133,898	3.9
	30~34세	214,231	4.3
	35~39세	71,133	5.7
	40~44세	9,771	8.3
	45세 이상	286	10.1

주: 1) 기준변수
 자료: 통계청, 출생통계, 2011.

2. 출산결과에 대한 위험 분석

다음으로 출산 및 부모의 특성에 따른 저체중아 및 조산아 출산의 위험성에 대한 로지스틱 분석 결과를 각각 <표 3-5>와 <표 3-6>으로 제시하였다. 이 연구에서 분석이 대상이 되는 출산 사례들은 다태아를 제외한 단태아 출생만을 대상으로 하였다. 다태아의 경우 출산결과 이상 발생률이 50%를 넘는 상황에서 다태아 출산을 포함하면, 다태아의 분포에 따라 변인들의 출산결과에 대한 영향력이 크게 왜곡될 수 있기 때문이다.

이 분석은 분석 모델에서 변수를 추가하는 위계적 회귀분석으로 이뤄졌는데, 모델 1은 기본 모델로써 출산결과에 대한 기본적 출산 특성의 교란효과를 통제하여 부의 연령에 따른 출산결과 이상의 위험성을 제시하는 모델이다. 비슷한 맥락에서 모델2는 부모의 사회경제적 특성을 추가하였으며, 마지막으로 모델3은 지역 특성과 혼인에 대한 출산 시점에 대한 변인들을 포함한 최종모델이다.

이 분석에서 한 가지 기억하여야 할 것은 이 분석의 자료가 2011년 모든 출생아를 대상으로 한 전수 자료이기 때문에 통계적 유의미도에 큰 의미를 부여할 필요가 없다는 점이다. 이러한 전수분석에서 통계적 유의미도는 표준오차의 크기를 나타내는 일종의 영향력의 강도라는 의미만을 가지며, 그렇기 때문에 설사 통계적 유의성이 나타나지 않다고 하더라도 그 결과에 대한 해석을 배제할 이유는 없다.

가. 저체중아 출산 위험 분석

저체중아 출산 위험에 대한 분석 결과를 살펴보면, 부의 연령은 저체중아 출산 위험성에 일정한 영향력을 행사하는 것으로 드러났다. 특히 이러한

부의 연령효과는 출산결과의 가장 중요한 결정요인인 모의 연령의 영향력을 통제한 이후에도 발견된 것이라는 점에서 흥미로운 발견이라고 할 수 있다. 그러나 그 영향력의 패턴은 단순한 선형관계가 아닌, 양극의 연령으로 갈수록 저체중아 출산의 위험성은 증가하는 U자형 패턴을 보였다. 이러한 패턴은 여성들에게서도 비슷하게 나타났는데, 이는 고연령 집단뿐만 아니라 저연령 집단들도 출산결과의 위험집단에 포함된다는 것을 의미한다.

부의 연령에 따른 출산결과의 분포를 좀 더 자세히 살펴보면, 앞서 기술 통계에서 제시한 바와 같이 10대나 20대 초반의 저연령 남성과 40대 이상 고연령의 남성에서는 저체중아 출산율이 상대적으로 높게 나타났고, 저체중아 출산율의 최저점은 20대 후반과 30대 초반에서 형성되었음을 알 수 있다. 특히 사회경제적 지위를 통제하고 난 후에는 최저점이 30대 초반에서 20대 후반으로 이동하였다. 이는 우리사회에서 20대 후반의 남성들에 비해 더 높은 30대 초반 남성들의 사회경제적 지위가 그들 자녀의 출산결과를 좀 더 양호하게 만드는데 기여하였다는 점을 보여준다. 그러나 이것이 사회경제적 지위의 분포의 차이에서 기인된 것인지(통제 변수 효과) 혹은 사회경제적 지위가 연령의 부정적 효과를 완충시켜준 것인지(매개변수 효과)에 대해서는 추가적 분석이 필요하다.

이와 같이 이 연구의 분석결과는 연령뿐만 아니라 다른 사회경제적 요인들이 복합적으로 작용하여 출산결과를 결정하는 것으로 나타났다. 특히 저연령 남성 집단에서는 사회경제적 지위를 통제하고 난 후에 저체중아 출산율이 더욱 선명하게 감소하였다(odds ratio 1.75 → 1.38). 이는 저연령 남성의 열악한 출산결과가 그들의 사회경제적 어려움에 상당 부분 영향 받았다는 점을 확인시켜준다. 이를 바꾸어 말한다면 저연령 집단의 가족 형성이나 임신·출산에 대한 경제적 지원 혹은 건강행동을 개선하는 정책적 노력이 마련된다면 이들의 출산결과 증진을 일정부분 기대

할 수 있다는 것을 시사한다. 반면, 고연령 집단에서 사회경제적 요인의 효과를 통제한 이후 저체중아 출산 위험성의 변화(모델1과 모델2 간의 차이)는 저연령 집단에 비해 상대적으로 더 작은 것으로 드러났다.

연령에 따른 저체중아 출산의 위험 분포나 사회경제적 요인들이 연령 효과에 미치는 영향은 여성에게서도 나타났지만, 그 패턴에서는 일정부분 차이가 있었다. 우선 여성의 경우에는 저체중아 출산율의 최저점이 남성보다는 다소 어린 20대 초반과 20대 후반에서 형성되었다. 이것이 여성이 갖는 생물학적 특성에 기여한 것인지, 혹은 부부 형성에서 여성 연령이 남성보다 낮은 결혼문화나, 개인이나 부부의 생애과정에 따른 사회경제적 지위의 분포 차이에서 비롯된 것인지에 대해서는 이 연구의 한정된 분석을 통해서서는 판단하기가 어렵다.

한편 10대와 20대 초반의 저연령이 갖는 저체중아 출산에 대한 부정적 영향은 여성에게서보다 남성에게서 더 크게 나타났다. 예를 들어 모델1에서 10대가 기준집단¹⁾에 비해 더 높은 저체중아 출산율을 보일 위험성은 남성의 경우에는 75%가 더 높았지만, 여성의 경우에는 불과 42%에 지나지 않았다. 이는 이들의 배우자의 연령 구성이 다를 수 있기 때문일 것이다. 다시 말해 10대 남성이 아버지의 역할을 맡게 되었을 때 출생아의 산모 역시 10대일 가능성이 높지만, 여성 산모가 10대일 경우에는 배우자(출생아의 부)의 경제력이 상대적으로 더 나을 가능성이 있는 20대 이상의 연령인 경우도 상당수 포함되었을 수 있다. 이는 부와 모의 연령이 출산결과에 미치는 영향이 서로 독립적이지 않고, 부모의 연령 구성의 조합 저체중아 출산율에 대해 위험성을 상승시키거나 완충시키는 상호작용효과를 보일 수 있음을 의미한다.

1) 남성과 여성 연령 효과의 기준집단은 다르지만, 이들 모두가 사실상 저체중아 출산율의 최저점에 위치한다는 점에서 기준 연령의 차이는 큰 의미를 부여하기 힘들 것이다.

그러나 고연령이 미치는 저체중아 출산과 관련된 부정적 영향은 여성에게서 더 훨씬 크게 나타났는데, 모델 1에서 20대 후반에 대한 40대 초반의 저체중아 출산 위험성은 남성의 경우 20% 정도 더 높게 나타났지만, 여성은 무려 102%나 더 높은 것으로 분석되었다. 이 역시 생물학적 요인과 비생물학적인 사회문화적 요인들이 함께 영향을 미쳤을 것으로 추정할 수 있을 것이다. 그러나 일반적으로 여성의 가임력이 남성에 비해 빨리 마쳐진다는 점, 그리고 고령 산모들 중에는 고학력 취업 여성의 비율이 높다는 점 등을 고려해보면 생물학적 요인의 영향이 더 클 것으로 조심스럽게 추정하고자 한다.

이 연구의 분석은 연령효과 외에도 다른 변인들이 저체중아출산에 미치는 영향들을 제시해주고 있다. 우선 기본적인 출산의 특성에 따른 저체중아출산 분포를 살펴보면 여아의 경우 남아들에 비해 저체중아일 가능성이 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 남아 여아 사이의 기본적인 평균 출생체중의 차이에서 비롯된 것으로 추정된다²⁾.

모의 출산경험에 있어서는 초산의 경우 저체중아 출산의 가능성이 출산 경험이 있는 경우보다 더 높게 나타났으며, 사회경제적 지위 차이를 통제한 후에는 그 차이가 더욱 증가하였다. 초산아가 저체중으로 태어날 확률이 높은 것은 출산 경험의 부재에서 비롯된 결과일 수도 있지만, 이전 출산경험에서 비롯된 선별효과(selected effects)라고 판단할 개연성도 매우 높다. 첫 출산에서 출산아의 산모의 출산 건강이나 출생아의 출산결과가 심각하게 좋지 않았던 경우에는 이후의 출산을 기피할 수도 있다. 같은 맥락에서 둘째아의 저체중아 비율이 셋째아 이상에 비해 높게 나온 결과도 설명되어질 수 있다.

2) 참고로 2011년 출생통계를 분석하여 보면, 2011년 출생한 단태아들 중 남아의 평균 출생체중은 3.28Kg인 반면, 여아의 평균 출생체중은 3.18Kg으로 나타났다.

74 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 3-5〉 저체중아 출산에 관한 위험분석 결과(odds ratio)

구 분		모델 1	모델 2	모델 3
부의 연령 (30~34세 기준)	10대	1.75 ***	1.38 †	1.45 *
	20~24세	1.21 **	1.09	1.04
	25~29세	1.00	0.97	0.96
	35~39세	1.08 ***	1.07 ***	1.08 ***
	40~44세	1.20 ***	1.16 ***	1.16 ***
	45세 이상	1.39 ***	1.25 **	1.24 **
성별(남아 기준)	여아	1.23 ***	1.23 ***	1.23 ***
출산경험 (셋째아 기준)	첫째아	1.36 ***	1.47 ***	1.46 ***
	둘째아	1.00	1.05 †	1.06 †
모_이민(비이민기준)	이민자	1.06	0.90 *	0.91 *
모의 학력 (대졸 기준)	중학이하		1.51 ***	1.52 ***
	고교		1.23 ***	1.23 ***
	대학원 이상		1.00	1.00
부의 학력 (대졸 기준)	중학이하		1.21 **	1.22 **
	고교		1.14 ***	1.13 ***
	대학원 이상		0.91 **	0.91 **
부의 직업 (사무직 기준)	관리직/전문직		0.97	0.97
	서비스/기능		0.97	0.97
	단순노무/조립/농림어업		1.02	1.01
	학생/가사/무직		1.01	1.00
지역 (대도시 기준)	군지역			1.05
	중소도시			1.00
임신시기(훈후 기준)	훈전임신			1.12 ***
모의 연령 (25~29세 기준)	10대	1.42 **	1.21 †	1.18
	20~24세	1.08 †	0.99	0.98
	30~34세	1.11 ***	1.14 ***	1.14 ***
	35~39세	1.40 ***	1.42 ***	1.42 ***
	40~44세	2.02 ***	2.00 ***	2.00 ***
	45세 이상	2.35 ***	2.33 ***	2.26 ***
Constant		0.02 ***	0.02 ***	0.02 ***

† <0.10, * <0.05, ** <0.01, *** <0.001

자료: 통계청, 출생통계, 2011.

산모가 이민자 출신인 경우 기본 모델에는 저체중아 출산율이 더 높았지만, 사회경제적 지위를 통제하고 하고 난 이후에는 이들의 저체중아 출산율이 오히려 비이주자들에 비해 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 일반적으로 혼인이주자들이 처한 열악한 사회경제적 환경이 출산결과에 부정적 영향을 미쳤음을 보여주며, 한편으로는 이민자들의 원래 건강이 자국의 비이민자들이나 목적국의 평균보다도 더 건강한 경향이 있다는 건강한 이주자 효과(healthy migrants effects)를 부분적으로 지지하는 결과라고 할 수 있다.

부모의 학력수준과 저체중출산과의 관계에서는 부모의 학력수준이 높을수록 저체중출산의 확률이 낮아지는 경향을 발견할 수 있다. 그러나 분석결과를 좀 더 자세히 살펴보면 산모와 부의 학력이 저체중 출산 위험성에 미치는 영향의 패턴에는 미세한 차이가 발견된다. 중졸이하 저학력 집단이 남녀 모두에서 가장 높은 저체중아 출산 경향을 보였지만, 부의 경우에는 대출자 대비 약 20% 정도가 높은 반면, 모의 경우에는 약 50% 정도 더 높은 저체중아 출산율을 나타냈다. 다시 말해 저학력에서의 출산건강 저하 경향이 부(父)에 비해 모(母)에서 더 강하게 나타난다고 할 수 있을 것이다. 그러나 반대로 대학원 이상의 학력의 경우에는 모에서는 저체중아 출산율의 차이가 거의 나타나지 않았지만, 부에서는 대학 학력의 부에 비해 약 9% 가량 더 낮은 출산율을 보였다. 이는 같은 사회경제적 지위를 나타내는 요인이라도 부와 모를 통해 출생결과에 대한 영향력이 발현되는 메커니즘이 다를 수 있다는 것을 보여준다.

반면 부모의 사회경제적 지위와 관련된 변수들 중에서 부의 직업은 직업군 간 차이의 크거나, 그 분포 패턴에서 저체중아 출산에 대한 영향력이 뚜렷하게 나타나지 않았다. 이는 부의 직업이 미치는 영향이 없다가보다는 통계청 출생자료가 제공하는 직업 구분이 실제적 사회경제적 차이

를 보이는데 적합하지 않았기 때문인 것으로 추측된다.

지역과 관련해서는 군지역에서 저체중아 출산의 가능성이 중소도시나 대도시에 비해 더 높은 것으로 나타나면서 환경적 요인의 중요성을 보여 준다. 환경의 쾌적함, 건강 행동에 미치는 영향 등 추정할 수 있는 여러 가지 환경적 요인들 중에서 농촌지역의 출산결과에 부정적인 영향을 미칠 수 있는 요인으로는 산부인과 의료시설에 대한 의료 접근성이 포함될 수 있을 것이다.

마지막으로 실제적 혼인생활 이전에 임신을 한 경우에는 그렇지 않은 경우에 비해 저체중아 출산 위험성이 10% 가량 더 증가하는 것으로 나타났다. 혼인생활 이전에 임신을 한 경우는 준비되지 않은 상태에서 음주, 흡연, 약물, 과로 등 위험환경에 노출될 가능성이 높았고, 또한 결혼을 준비하는 과정에서 많은 스트레스를 겪을 가능성이 높는데 이러한 요인들이 저체중아 출산에 영향을 미쳐 더 열악한 출산결과를 만들어낸 것으로 추측할 수 있다. 이러한 혼전 임신 가능성에 대한 변수에서 유의미한 영향력이 나타났다는 것은 단순히 혼인 이전의 임신의 출산결과 이상 위험성만을 보여주는 것이 아니라, 준비되지 않은 임신의 부정적 영향을 보여주는 것으로 해석할 수 있을 것이다.

나. 조산아 출산 위험 분석

조산아 출산의 위험성에 대한 통계분석 결과도 대체적으로 저체중아 출산에 대한 위험분석 결과와 유사한 패턴을 보이면서, 앞서 출산결과의 위험요인에 대한 분석 결과 및 그에 대한 해석들의 타당성을 한 번 더 지지해준다고 할 수 있다. 우선 부의 연령과 관련해서 조산아 출산 위험에 대한 통계분석에서도 앞서의 분석결과와 마찬가지로 저연령대 부와 고연

령대 부에게서 조산아 출산의 위험성이 높게 분포하는 U자형 패턴이 나타났으며, 최저점도 20대 후반으로 같은 결과를 보였다. 그리고 사회경제적 지위 변수의 영향력을 통제하고 나서는 연령효과가 다소 줄어들고, 특히 10대와 20대 초반 저연령 집단의 조산아 출산에 대한 결정계수가 뚜렷하게 작아지는 경향도 마찬가지로 발견되었다. 이는 조산아 출산에 대해서도 부의 연령이 영향을 미치며, 또한 연령효과의 일부는 사회경제적 변인들에 의해 설명된다는 앞서의 설명을 다시 확인해준다.

모의 연령 효과와 관련해서도 비슷한 결과가 나타났는데, 부의 연령에서와 마찬가지로 조산의 위험은 U자형 패턴으로 분포하였고, 최저점은 20대 초반으로 나타났다. 또한 전체 변인들을 통제한 후(모델3), 40대 이상의 고령산모에서의 조산아 출산의 위험성(40대 초반: 1.89, 45세 이상: 1.89)이 10대(1.16) 나 20대 초반(1.00) 여성이 갖는 위험성에 비해 훨씬 더 선명하게 드러난 점도 앞서 저체중아 출산 위험 분석과도 일치하는 결과라고 할 수 있다. 모의 연령 효과에서 발견된 특이한 사항은 저체중아 출산 분석 결과와는 달리, 조산아 출산의 경우 40대 초반과 45세 이상 산모에서의 위험성에는 큰 차이가 나타나지 않은 점이라고 할 수 있다. 모의 연령에 따른 조산아 출산의 위험성에서도 사회경제적 지위의 효과를 통제하고 난 후에는 저연령대에서의 위험성이 크게 감소되었다.

부모 연령 이외의 변인들이 조산아 출산에 미치는 영향도 저체중아 출산 위험분석 결과와 대부분 비슷하게 나타났는데, 이민자 모의 경우 조산아 출산의 위험성이 더 낮게 나타났으며, 농촌지역과 혼전임신의 경우에도 조산아 출산의 위험성이 증가하는 것으로 나타났다. 부모의 사회경제적 지위가 미치는 영향력의 패턴도 유사하게 나타났는데, 부모의 학력이 낮을수록 조산아 출산의 위험성이 증가하였다. 그리고 모의 학력에서는 저학력이 미치는 부정적 효과가 부의 학력에 비해 더 선명하게 나타났고,

모의 학력 효과에서는 나타나지 않은 부의 대학원 이상 고학력이 조산아 출산 위험을 더 낮추는 효과가 조산아 출산 분석에서도 나타났다. 그러나 부의 직업의 효과는 이 분석에서도 뚜렷하게 발견되지 않았다.

그러나 이와 같이 조산아 출산에 대한 전반적 통계분석 결과가 앞선 저체중아 출산에 대한 위험분석 결과와 유사한 패턴을 이루고, 심지어 기준 변수와의 확률차이(odds ration)마저도 매우 비슷한 결과를 보이는 가운데도 일부 변인들에 대해서는 상이한 결과가 나타났다. 이러한 상반된 결과의 예로는 여아의 조산위험이 더 높게 나타난 출생아의 성별과 출산 경험이 많아질수록 조산 위험성이 줄어드는 것으로 나온 출산경험이 있었다. 출산결과로 대표되는 저체중아 출산과 조산의 결정요인이 서로 다를 수 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있을 것이다.

〈표 3-6〉 조산아 출산에 관한 위험분석 결과(odds ratio)

	구분	모델 1	모델 2	모델 3
부의 연령 (30~34세 기준)	10대	1.65 **	1.34 †	1.36 †
	20~24세	1.18 *	1.07	1.06
	25~29세	1.03	1.00	0.99
	35~39세	1.04 *	1.04 †	1.06 †
	40~44세	1.15 ***	1.13 ***	1.12 ***
	45세 이상	1.37 ***	1.26 ***	1.25 ***
성별(남아 기준)	여아	0.81 ***	0.81 ***	0.81 ***
출산경험 (셋째아 기준)	첫째아	0.87 ***	0.93 **	0.93 **
	둘째아	0.91 ***	0.95 †	0.96 †
모_이민(비이민기준)	이민자	0.93 †	0.81 ***	0.81 ***
모의 학력 (대졸 기준)	중학이하		1.40 ***	1.40 ***
	고교		1.20 ***	1.20 ***
	대학원 이상		1.03	1.03 †
부의 학력 (대졸 기준)	중학이하		1.25 ***	1.26 ***
	고교		1.12 ***	1.12 ***
	대학원 이상		0.95 †	0.95 ***

	구분	모델 1	모델 2	모델 3
부의 직업 (사무직 기준)	관리직/전문직		0.98	0.98
	서비스/기능		0.97	0.97
	단순노무/조립/농림어업		0.99	0.99
	학생/가사/무직		1.01	1.01
지역 (대도시 기준)	군지역			1.06 *
	중소도시			1.01
임신시기(혼후 기준)	혼전임신			1.06 *
모의 연령 (25~29세 기준)	10대	1.36 **	1.18	1.16
	20~24세	1.07 †	1.01	1.00
	30~34세	1.07 ***	1.10 ***	1.10 ***
	35~39세	1.33 ***	1.35 ***	1.35 ***
	40~44세	1.90 ***	1.88 ***	1.89 ***
	45세 이상	1.87 **	1.85 **	1.89 **
	Constant	0.05 ***	0.04 ***	0.04 ***

† <0.10, * <0.05, ** <0.01, *** <0.001
 자료: 통계청, 출생통계, 2011.

제3절 소결

지금까지 국내에서는 연구가 거의 이뤄지지 않고 있었던 부의 연령과 다른 사회경제적 요인들이 저체중이나 조산과 같은 출생아의 출산결과에 미치는 영향을 분석하였다. 이 장에서의 분석 결과들이 제시하는 중요한 발견들은 다음과 같이 정리할 수 있을 것이다.

첫째, 지난 10여 년 동안 나타난 저체중 출산과 조산과 같은 출산결과 이상의 빠른 증가의 이유는 출산 연령 구조의 변화보다는 전반적인 이상 출산율의 증가에 기인하였다는 점을 보여주었다. 이러한 결과는 고령산모의 증가를 저체중아, 조산아 출산 증가의 주원인이라고 여겨왔던 일반적인 인식을 뒤집는 결과이며, 한편으로는 우리나라 여성들의 전반적인 출

산건강의 악화를 보여주는 결과라고 할 수 있다.

둘째, 출산결과에는 산모의 연령뿐만 아니라 부의 연령도 유의미한 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 그러나 연령효과의 방향성은 선형으로 나타나지 않고, 저연령 집단과 고연령 집단에서 부정적 출산결과의 위험성이 증가하는 U자형 패턴을 보여주었다. 이러한 연령효과는 생물학적 요인뿐만 아니라, 사회경제적 요인들이 함께 반영되어 일어나는 것으로 나타났다. 특히 저연령 집단의 높은 저체중아 및 조산아 출산율은 사회경제적 요인들에 의해서 상당부분 설명되어졌다.

셋째, 연령효과 이외에도 부모와 출산이 갖는 다양한 특성들의 출산결과에 대한 영향력도 확인할 수 있었다. 이 연구의 분석결과는 부모의 사회경제적 지위의 영향력을 확인시켜주었으며, 이는 출생결과의 주요 결정요인으로서의 사회적 요인들의 중요성을 강조하여 준다. 혼인 이전에 임신을 한 경우에도 출산결과 이상의 위험성이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났는데, 이는 계획되지 않은 임신 및 임신 초기 돌봄의 부재에 기인한 것으로 판단할 수 있다. 이 분석 결과는 계획되고 준비된 임신의 중요성을 역설적으로 보여주며, 더불어 임신 이전 단계(preconceptional or inter-conceptional stages)에서부터 출산결과 증진을 위한 정책적 개입의 필요성으로 해석할 수도 있을 것이다. 또한 모의 이주자여부, 출생 순위 등 다른 출산 및 부모의 특성들도 출산결과에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이상과 같은 발견들은 출산결과에 결정요인들에 대한 지평을 확대하였다는 데 가장 큰 의의가 있을 것이다. 지금까지 국내 연구들은 산모의 연령 효과에 집중하는 경향을 보였는데, 이 연구는 산모뿐만 아니라 부의 특성들도 출산결과를 결정하는 주요한 요인이 될 수 있음을 보여주고 있다. 더불어 연령이외의 다른 변인들의 효과도 실증적으로 분석하여 제시

하였으며, 이렇게 확장된 분석들에는 생물학적 요인들뿐만 아니라, 사회경제·심리적 요소들도 포함된다. 또한 연령문제에 있어서도 지금까지 고연령집단에 집중된 관심을 다른 연령집단으로도 확대시켰다는 데서 또 다른 의의를 찾을 수 있다. 이와 같이 기존의 의학 및 생물학적 접근에 한정되어 있던 분석들에서 벗어나 출산결과를 결정하는 사회과학적 요인들에까지 논의의 범위를 확장한 이 연구의 발견들은 앞으로 더 심도 있는 출산결과 및 출산 건강에 관한 연구의 방향성 설정에도 기여를 할 수 있을 것이다.

그럼에도 불구하고 이 연구가 여러 변인들의 영향력을 보여주는데, 그 치면서 요인들이 출생결과를 결정하게 되는 메커니즘을 다루는 데는 많은 한계를 보였다는 점은 지적되어야 할 것이다. 예를 들어 부의 연령효과는 생물학적 요인으로 설명될 수도 있겠지만, 코호트 간 흡연 음주 경험 등의 건강행동 패턴의 차이, 고연령 출산자들이 갖는 생애사적 특성들, 혼인 시장에서의 위치 등 다양한 사회적 맥락들을 통해 이러한 결과들이 나타났을 수 있다. 마찬가지로 사회경제적 지위가 출산결과의 차이를 유발시킨다면 위험인자 노출이나 건강행동 등에서 어떠한 요인들이 위험요인으로 작용하였고, 또한 위험 완충요인으로 작용했는지에 대해서도 본격적인 연구가 요구되어진다. 이는 학술적 의의뿐만 아니라 건강증진과 관련된 정책적 활용도를 높인다는 점에서 매우 중요한 과제라고 할 수 있다.

이 연구의 분석결과들은 출산결과 증진을 위한 정책에서도 중요한 시사점들을 제공해준다. 우선 이 연구는 현재의 고연령 산모에 대한 의료적 관리에 집중되어 있는 접근과 더불어 모든 연령대를 포괄하는 공중보건적 출산건강 증진 방안의 필요성을 역설하고 있다. 왜냐하면 이 연구의 분석결과에서 보여주듯이 모든 연령집단에서 출산건강의 악화가 발견되

고 있기 때문이다. 비슷한 맥락에서 이 연구는 출산건강 위험군 관리 범주가 좀 더 다양하게 확대될 필요가 있음을 보여주고 있다. 특히 지금까지 상대적으로 정책적 관심의 영역에서 벗어나 있던 저연령 부부에 대해서 특별히 정책적 관심을 높일 필요가 있을 것으로 판단된다. 이들은 생식기능의 미숙과 같은 생물학적 요인들 이외에도 준비되지 못한 임신, 취업 및 소득수준과 같은 경제적 문제, 임신 및 출산에 대한 이해부족, 어린 부모됨에 대한 두려움, 가족 갈등 등과 같은 다양한 위험 요인들을 경험할 수 있다.

더불어 비의료적 영역에서의 출산건강 증진을 위한 방안들도 마련되어야 할 필요가 있음을 보여준다. 산모의 연령만이 출산결과 위험군을 결정하는 요인이 아니며, 생물학적 요인들과 함께 사회경제적·심리적 요인들이 복합적으로 작용하고 있기 때문이다. 가정이나 일터, 지역사회 등 병원 밖의 영역에서 제공될 수 있는 임신전 및 주산기 관리 방안들이 강구되어야 할 것이다. 이러한 예로는 예비 부모 교육을 위한 부부 교육, 가정 내 스트레스 요인 감소를 위한 부부 상담, 미혼자를 포함한 가임기 여성에 대한 출산건강 증진에 관한 지식 전달 및 대중 홍보, 가임기 여성 및 임신 근로자를 위한 근로 환경에 대한 제도 정비 등과 같은 노력들을 생각할 수 있다. 이러한 정책적 노력들은 출산결과에 영향을 미칠 수 있는 다양한 의학적, 사회적 위험요인들을 감소시키려는 예방적 정책 대응을 의미하기도 한다.

비의료 영역을 포괄하는 종합적 접근 방식은 자연스럽게 출산결과 및 출산건강 증진을 위한 의료 서비스적 접근과 사회복지적 서비스와 함께 병행이 필요하다는 것을 의미한다. 이를 위해서는 위험요인들에 대한 심층적 이해가 선행되어야 하며, 의료 영역과 비의료 영역의 서비스 전달자 상호 간의 협업과 이해를 발전시켜야 할 것이다. 이는 각 영역들 간의

연계성을 높여 정책 전달의 효율성을 높일 수 있기 때문이다. 이러한 종합적 정책 대응은 출생아 및 산모의 출산 건강 증진에 기여할 뿐만 아니라, 준비된 임신에 대한 여성의 인식이 출산 결정에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 점에서 저출산 정책의 일환으로 적극적으로 검토될 필요가 있다.

이 장의 출산결과에 대한 통계분석 결과는 우리 사회에서 나타나고 있는 이상 출산결과의 증가가 단순히 산모의 출산연령의 증가에 기인한 것이 아니라, 전반적 출산건강의 악화에서 비롯되었음을 보여주고 있다. 그리고 다변량 분석을 통해 출산결과가 모의 연령뿐만 아니라, 부의 연령, 그리고 다양한 부모 및 출산의 특성들에 의해 결정된다는 점을 실증적으로 보여주었다. 이를 통해 이 연구는 특정 위험군뿐만 아니라, 일반대중을 대상으로 한 비의료적 영역에서의 출산건강 증진의 필요성을 제기한다. 이러한 분석 결과들은 예방적 차원의 임신 전 출산건강 관리 및 임신 준비 행동의 개선에 관한 연구의 정당성을 제공한다.



제4장 출산건강 증진을 위한 정책과 사업

제1절 임신 및 출산 건강 관련 법률

제2절 중앙정부의 출산건강 지원 정책

제3절 난임부부 지원 사업

제4절 지방 정부의 출산건강 지원 정책

4

출산건강 증진을 위한 << 정책과 사업

제1절 임신 및 출산 건강 관련 법률

현행 임신 및 출산 관련 법률은 「건강가정기본법」, 「모자보건법」, 「여성발전기본법」, 「근로기준법」, 「저출산·고령사회기본법」, 「국민건강보험법」, 「남녀 고용평등과 일·가정양립 지원에 관한 법률」 등에서 그 내용을 찾을 수 있으며, 이들 법률을 근거로 임신과 출산 지원 정책들이 시행되고 있다. 법률들은 그 목적에 따라 임신부와 출생아의 건강관리, 직장 및 가정을 비롯한 사회에서 행해져야 하는 임신부 보호에 대한 내용을 담고 있다(표 4-1 참조).

임산부와 출생아의 건강관리에 관한 법률들은 주로 의료비 지원 정책(산모 및 태아의 건강 진단, 예방접종, 출산 관련 진료 등)의 기준이 되며, 미숙아 등의 건강하지 못한 출생아 관리를 위한 정책을 뒷받침한다. 「건강가정기본법」은 ‘가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것’을 목적으로 제 21조(가정에 대한 지원) 제 4항에 ‘태아검진 및 출산·양육의 지원’을 명시하고 있다. 「모자보건법」은 ‘모성 및 영유아의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민보건 향상에 이바지함’을 목적으로 제 10조(임산부·영유아·미숙아 등의 건강관리 등) ‘임산부·영유아·미숙아 등에 대하여 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 가정 방문을 통해 보건진료를 하게 하는 등의 보건관리 조치’의 책임을 특별자치도·지사, 시장, 군수, 구청장에게 부과하고 있다. 「국민건강보험법」 또한 ‘국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강 증

진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함'을 목적으로 시행규칙 제 24조(임신·출산 진료비의 신청·지급 및 이용권 발급 등), 시행령 제 23조(부가급여), 제 25조(건강검진) 등을 근거로 의료비 및 건강관리를 지원하도록 명시하고 있다.

「근로기준법」, 「저출산·고령사회기본법」, 「남녀 고용평등과 일·가정양립 지원에 관한 법률」 등은 직장 및 가정을 비롯한 사회에서 행해져야 하는 임신부 보호에 대한 내용을 포함하고 있다. 「근로기준법」 제 51조(탄력적 근로 시간제)를 통해 임신부에게 초과근무를 적용할 수 없도록 하고 있으며 제 60조(연차 유급휴가), 제 65조(사용 금지), 제 70조(야간근로와 휴일근로의 제한), 제 74조(임산부의 보호), 제 74조의 2(태아검진 시간의 허용 등)를 통해 임신부의 휴가를 보장해주고 보건상 유해하고 위험한 사업에 투입되지 않도록 규제하고 있다.

「저출산·고령사회기본법」은 '저출산·고령사회정책의 기본 방향과 수립 및 추진체계에 관한 사항을 규정한 것'으로 제 8조(자녀의 출산과 보육 등)에서는 임신과 출산을 하려는 여성이 직장생활과 가정 생활을 병행할 수 있도록 사회 환경을 조성하기 위한 시책을 강구해야 함을 명시하고 있으며 제 9조(모자 보건의 증진 등), 제 10조(경제적 부담의 경감)를 통해 임신부·태아·영유아의 건강검진을 시행할 것과 그에 따른 경제적 부담을 경감해주기 위한 시책을 강구하도록 한다.

「남녀 고용평등과 일·가정양립 지원에 관한 법률」은 남녀고용평등 실현과 근로자의 일·가정 양립을 지원하는 것을 목적으로 제 11조(정년·퇴직 및 해고) 제 2항에서 사업주가 여성 근로자의 임신 및 출산을 퇴직 사유로 예정하는 근로계약을 체결해서는 안 된다는 것을 명시하고 있다. 또한 제 18조(출산전후휴가에 대한 지원), 제 18조의 2(배우자 출산휴가)를 통해 출산 휴가의 법적 근거를 제공한다. 「여성발전기본법」은 남녀평

등을 촉진하고 여성의 발전을 도모하는 것을 목적으로 제 18조(모성 보호의 강화) 임신, 출산, 수유 중인 여성을 특별히 보호하고 이를 이유로 불이익을 받지 않도록 하여야 함과 모성 보호 비용에 대해 사회적 부담을 늘려 나가야 함을 명시하고 있다.

이상의 법률들은 임신과 출산의 과정을 겪는 여성들이 태아(출생아)와 본인들의 건강을 관리하고 직장 및 사회에서 보호받을 수 있는 권리를 설명하고 있다. 하지만 “임신”을 기준으로 시기를 구분해보면 임신 전 관리에 대한 법률은 「모자보건법」 제 11조(난임 극복 지원 사업)가 유일하며 임신 후 출산 전 관리에 대한 것은 “건강 검진”, “건강(보건) 관리”, “환경 조성” 등만을 언급하고 있어 다양한 위험요인들을 대비하지 못한다. 반면 출산 후 관리에 관련된 법률들은 상대적으로 그 대상과 지원이 구체적인 편이다. 이렇듯 법률들이 시기적으로 산전보다 산후 관리에 치중하고 있다는 것은 예방적 차원이라기보다는 사후에 대처하는 소극적인 차원으로, 출산결과가 좋지 못할 경우 개인과 사회가 감당해야 할 사회적 부담이 크다는 것을 의미한다(김동식 외, 2011).

〈표 4-1〉 임신 및 출산 관련 법률

구분	내용
건강가정 기본법	<p>제8조(혼인과 출산) ①모든 국민은 혼인과 출산의 사회적 중요성을 인식하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 출산과 육아에 대한 사회적 책임을 인식하고 모성보호와 태아의 건강보장 등 적절한 출산환경을 조성하기 위하여 적극적으로 지원하여야 한다.</p> <p>제21조(가정에 대한 지원) ①국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여야 한다. ②제1항의 규정에 의하여 지원하여야 할 사항은 다음 각호와 같다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 가족구성원의 정신적·신체적 건강지원 2. 소득보장 등 경제생활의 안정 3. 안정된 주거생활 4. 태아검진 및 출산·양육의 지원 5. 직장가 가정의 양립

90 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

구분	내용
건강가정 기본법	<p>6. 음란물·유혹가·폭력 등 위해환경으로부터의 보호 7. 가정폭력으로부터의 보호 8. 가정친화적 사회분위기의 조성 9. 그 밖에 건강한 가정의 기능을 강화·지원할 수 있는 관련 사항</p> <p>③국가 및 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산·수유와 관련된 모성보호 및 부성보호를 위한 유급휴가시책이 확산되도록 노력하여야 한다. ④국가 및 지방자치단체는 한부모가족, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모가정, 공동생활 가정, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다. <개정 2007.10.17.> ⑤제2항 및 제4항의 규정에 의한 국가 및 지방자치단체의 지원에 관한 세부적 사항은 관계법률이 정하는 바에 의한다.</p>
모자보건법	<p>제3조의2(임산부의 날) 임신과 출산의 중요성을 복돋우기 위하여 10월 10일을 임산부의 날로 정한다.[전문개정 2009.1.7]</p> <p>제4조(모성 등의 의무) ① 모성은 임신·분만·수유 및 생식과 관련하여 자신의 건강에 대한 올바른 이해와 관심을 가지고 그 건강관리에 노력하여야 한다. ② 영유아의 친권자·후견인이나 그 밖에 영유아를 보호하고 있는 자(이하 "보호자"라 한다)는 육아에 대한 올바른 이해를 가지고 영유아의 건강을 유지·증진하는 데에 적극적으로 노력하여야 한다. [전문개정 2009.1.7.]</p> <p>제7조(모자보건기구의 설치) ① 국가와 지방자치단체는 모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 다음 각 호의 사항을 관장하기 위하여 모자보건기구를 설치·운영할 수 있다. 이 경우 지방자치단체가 모자보건기구를 설치할 때에는 그 지방자치단체가 설치한 보건소에 설치함을 원칙으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 임산부의 산전(産前)·산후(産後)관리 및 분만관리와 응급처치에 관한 사항 2. 영유아의 건강관리와 예방접종 등에 관한 사항 3. 모성의 생식건강 관리와 건강 증진 프로그램 개발 등에 관한 사항 4. 부인과(婦人科) 질병 및 그에 관련되는 질병의 예방에 관한 사항 5. 심신장애아의 발생 예방과 건강관리에 관한 사항 6. 성교육·성상담 및 보건에 관한 지도·교육·연구·홍보 및 통계관리 등에 관한 사항 <p>② 제1항에 따른 모자보건기구의 설치기준과 운영에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>③ 국가와 지방자치단체는 제1항 각 호의 사항을 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료법인이나 비영리법인에 위탁하여 수행할 수 있다. [전문개정 2009.1.7.]</p> <p>제8조(임산부의 신고 등) ① 임산부가 이 법에 따른 보호를 받으려면 본인이나 그 보호자가 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관(이하 "의료기관"이라 한다) 또는 보건소에 임신 또는 분만 사실을 신고하여야 한다. <개정 2010.1.18.> ② 의료기관의 장 또는 보건소장은 제1항에 따른 신고를 받으면 이를 종합하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별자치도지사 또는 시장(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제15조제2항에 따른 행정시의 시장은 제외한다. 이하 같다)·군</p>

구분	내용
모자보건법	<p>수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 보고하여야 한다. <개정 2010.1.18.> ③ 의료기관의 장 또는 보건소장은 해당 의료기관이나 보건소에서 임신부가 사망하거나 사산(死産)하였을 때 또는 신생아가 사망하였을 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장에게 보고하여야 한다. <개정 2010.1.18.> ④ 의료기관의 장은 해당 의료기관에서 미숙아나 선천성이상아가 출생하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건소장에게 보고하여야 한다. <개정 2010.1.18.> ⑤ 제4항에 따른 미숙아 또는 선천성이상아(이하 "미숙아등"이라 한다)의 출생을 보고받은 보건소장은 그 보호자가 해당 관할 구역에 주소를 가지고 있지 아니하면 그 보호자의 주소지를 관할하는 보건소장에게 그 출생 보고를 이송하여야 한다. [전문개정 2009.1.7]</p> <p>제9조(모자보건수첩의 발급) ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 제8조제1항에 따라 신고된 임신부나 영유아에 대하여 모자보건수첩을 발급하여야 한다. ② 제1항에 따른 모자보건수첩의 발급 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.> [전문개정 2009.1.7]</p> <p>제9조의2(미숙아등에 대한 등록카드) 제8조제4항과 제5항에 따라 미숙아등의 출생 보고를 받은 보건소장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미숙아등에 대하여 등록카드를 작성·관리하여야 한다. <개정 2010.1.18> [전문개정 2009.1.7]</p> <p>제10조(임산부·영유아·미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등에 대하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 건강진단·예방접종을 실시하거나 모자보건요원에게 그 가정을 방문하여 보건진료를 하게 하는 등 보건관리에 필요한 조치를 하여야 한다. ② 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 임산부·영유아·미숙아등 중 입원진료가 필요한 사람에게 다음 각 호의 의료 지원을 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰 2. 약제나 치료재료의 지급 3. 처치(處置), 수술, 그 밖의 치료 4. 의료시설에의 수용 5. 간호 6. 이송 [전문개정 2009.1.7] <p>제10조의2(신생아 집중치료 시설 등의 지원) 국가와 지방자치단체는 미숙아등의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 의료를 적절하게 제공할 수 있는 신생아 집중치료 시설 및 장비를 지원할 수 있다. [본조신설 2009.1.7]</p> <p>제10조의3(모유수유시설의 설치 등) ① 국가와 지방자치단체는 영유아의 건강을 유지·증진하기 위하여 필요한 모유수유시설의 설치를 지원할 수 있다. ② 국가와 지방자치단체는 모유수유를 권장하기 위하여 필요한 자료조사·홍보·교육 등을 적극 추진하여야 한다. ③ 산후조리원, 의료기관 및 보건소는 모유수유에 관한 지식과 정보를 임산부에게 충분히 제공하는 등 모유수유를 적극적으로 권장하여야 하고, 임신부가 영유아에게 모유를 먹일 수 있도록 임산부와 영유아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하기 위하여 노력하여야 한다. [본조신설 2009.1.7]</p>

92 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

구분	내용
<p>모자보건법</p>	<p>제11조(난임 극복 지원사업) 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다. <개정 2012.5.23>[전문개정 2009.1.7]</p> <p>[제목개정 2012.5.23.]</p> <p>제16조(협회) ① 모자보건사업 및 출산 지원에 관한 조사·연구·교육 및 홍보 등의 업무를 하기 위하여 인구보건복지협회(이하 "협회"라 한다)를 둔다.</p> <p>제21조(경비의 보조) ① 국가는 예산의 범위에서 다음 각 호의 경비를 보조할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 모자보건기구(국가가 설치하는 경우는 제외한다. 이하 같다)의 설치비용 및 부대비용의 3분의 2 이내 2. 모자보건기구 운영비의 2분의 1 이내 3. 제7조제3항에 따라 업무를 위탁받은 자의 위탁받은 업무수행 경비 4. 제10조제1항에 따른 건강진단 등의 경비 5. 제10조의2에 따른 신생아 집중치료 시설 및 장비 지원 경비 6. 제10조의3에 따른 모유수유시설 설치 지원 경비 <p>② 지방자치단체는 예산의 범위에서 제1항제4호부터 제6호까지의 경비 중 국가에서 보조하는 부분 외의 경비를 보조한다. [전문개정 2009.1.7.]</p> <p>-모자보건법 시행령</p> <p>제2조(모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 기본계획의 수립) 법 제5조제1항에 따라 보건복지부장관이 수립하는 모자보건사업 및 가족계획사업에 관한 기본계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다. <개정 2010.3.15></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 임신부·영유아 및 미숙아등에 대한 보건관리와 보건지도 2. 인구조절에 관한 지원 및 규제 3. 모자보건 및 가족계획에 관한 교육·홍보 및 연구 4. 모자보건 및 가족계획에 관한 정보의 수집 및 관리 <p>제13조(임산부·영유아 및 미숙아등의 건강관리 등) ① 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 임산부·영유아 및 미숙아등에게 법 제10조제1항에 따라 다음 각 호의 건강진단 및 예방접종을 하여야 한다. <개정 2010.3.15, 2010.12.29></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 임산부의 진단과 종합검진 및 산전(産前)·분만·산후(産後)관리 2. 영유아 및 미숙아등에 대한 건강관리 및 건강진단 3. 임산부·영유아 및 미숙아등의 건강상의 위해요인 발견 4. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제24조제1항 각 호의 질병 및 그 밖에 보건복지부장관이 심의회의 심의를 거쳐 정하는 질병의 예방접종 <p>② 제1항에 따른 건강진단 및 예방접종의 실시에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.3.15> [전문개정 2009.7.7]</p>
<p>국민건강보험법</p>	<p>-국민건강보험법 시행규칙</p> <p>제24조(임신·출산 진료비의 신청·지급 및 이용권 발급 등) ① 임신한 가입자 또는 피보양자는 영 제23조제1항에 따른 임신·출산 진료비(이하 "임신·출산 진료비"라 한다)를 지급받으려면 같은 조 제3항에 따라 임신한 사실을</p>

구분	내용
<p style="text-align: center;">국민건강 보험법</p>	<p>증명하는 확인서를 첨부하여 공단에 신청하여야 한다. ② 공단은 제1항에 따른 신청이 있으면 신청인의 가입자 또는 피부양자 자격과 임신 여부에 대한 확인을 거쳐 영 제23조제5항에 따른 이용권(이하 "이용권"이라 한다)을 신청인에게 발급하여야 한다. ③ 임신한 가입자 또는 피부양자는 영 제24조에 따라 지정된 요양기관에서 임신과 출산에 관련된 진료(출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다)를 받은 경우 임신·출산 진료비를 지급받으려면 이용권을 해당 요양기관에 제시하여야 한다. ④ 공단은 임신한 가입자 또는 피부양자가 제3항에 따라 이용권을 사용한 경우 그 사용한 금액에 해당하는 임신·출산 진료비를 해당 요양기관에 지급하여야 한다. ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 임신·출산 진료비의 신청과 지급, 이용권의 발급 또는 1일 사용횟수 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.</p> <p>국민건강보험법 시행령 제23조(부가급여) ① 법 제50조에 따른 부가급여는 임신·출산 진료비로 한다. ② 제1항의 임신·출산 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 제24조에 따라 지정된 요양기관에서 받은 임신과 출산에 관련된 진료(출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다. 이하 같다)에 드는 비용으로 하고, 그 지급액은 다음 각 호의 구분에 따른 금액의 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 하나의 태아를 임신한 경우: 50만원 2. 둘 이상의 태아를 임신한 경우: 70만원 <p>③ 임신한 가입자 또는 피부양자가 제1항에 따른 부가급여를 받으려면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단에 신청하여야 한다. ④ 임신한 가입자 또는 피부양자가 제3항에 따라 임신·출산 진료비를 신청할 당시에 법 제53조 및 제54조에 따라 보험급여가 제한되거나 정지된 경우에는 제1항에 따른 부가급여를 실시하지 아니한다. ⑤ 공단은 임신한 가입자 또는 피부양자에게 제2항에 따른 임신·출산 진료비의 지급과 관련하여 이용권[그 명칭 또는 형태와 상관없이 공단이 일정한 금액이 기재(전자적 또는 자기적 방법에 따른 기록을 포함한다)된 증표를 발행하고 가입자 또는 피부양자가 제24조에 따라 지정된 요양기관에 제시하여 임신과 출산에 관련된 진료를 받을 수 있게 한 증표를 말한다. 이하 같다]을 발급하여야 한다. ⑥ 임신한 가입자 또는 피부양자는 제5항에 따라 발급받은 이용권을 요양기관이 확인한 분만 예정일부터 60일이 지난 후에는 사용할 수 없다. ⑦ 제2항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 임신·출산 진료비의 지급 절차와 방법, 이용권의 발급과 사용 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>
<p style="text-align: center;">근로기준법</p>	<p>제51조(탄력적 근로시간제)① 사용자는 취업규칙(취업규칙에 준하는 것을 포함한다)에서 정하는 바에 따라 2주 이내의 일정한 단위기간을 평균하여 1주간의 근로시간이 제50조제1항의 근로시간을 초과하지 아니하는 범위에서 특정한 주에 제50조제1항의 근로시간을, 특정한 날에 제50조제2항의 근로시간을 초과하여 근로하게 할 수 있다. 다만, 특정한 주의 근로시간은 48시간을</p>

94 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

구분	내용
근로기준법	<p>초과할 수 없다. ② 사용자는 근로자대표와의 서면 합의에 따라 다음 각 호의 사항을 정하면 3개월 이내의 단위기간을 평균하여 1주 간의 근로시간이 제50조제1항의 근로시간을 초과하지 아니하는 범위에서 특정한 주에 제50조제1항의 근로시간을, 특정한 날에 제50조제2항의 근로시간을 초과하여 근로하게 할 수 있다. 다만, 특정한 주의 근로시간은 52시간을, 특정한 날의 근로시간은 12시간을 초과할 수 없다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 대상 근로자의 범위 2. 단위기간(3개월 이내의 일정한 기간으로 정하여야 한다) 3. 단위기간의 근로일과 그 근로일별 근로시간 4. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항 <p>③ 제1항과 제2항은 15세 이상 18세 미만의 근로자와 임신 중인 여성 근로자에 대하여는 적용하지 아니한다.</p> <p>제60조(연차 유급휴가) ① 사용자는 1년간 80퍼센트 이상 출근한 근로자에게 15일의 유급휴가를 주어야 한다. <개정 2012.2.1> ② 사용자는 계속하여 근로한 기간이 1년 미만인 근로자 또는 1년간 80퍼센트 미만 출근한 근로자에게 1개월 계근 시 1일의 유급휴가를 주어야 한다. <개정 2012.2.1></p> <p>③ 사용자는 근로자의 최초 1년 간의 근로에 대하여 유급휴가를 주는 경우에는 제2항에 따른 휴가를 포함하여 15일로 하고, 근로자가 제2항에 따른 휴가를 이미 사용한 경우에는 그 사용한 휴가 일수를 15일에서 뺀다.</p> <p>④ 사용자는 3년 이상 계속하여 근로한 근로자에게는 제1항에 따른 휴가에 최초 1년을 초과하는 계속 근로 연수 매 2년에 대하여 1일을 가산한 유급휴가를 주어야 한다. 이 경우 가산휴가를 포함한 총 휴가 일수는 25일을 한도로 한다. ⑤ 사용자는 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 휴가를 근로자가 청구한 시기에 주어야 하고, 그 기간에 대하여는 취업규칙 등에서 정하는 통상임금 또는 평균임금을 지급하여야 한다. 다만, 근로자가 청구한 시기에 휴가를 주는 것이 사업 운영에 막대한 지장이 있는 경우에는 그 시기를 변경할 수 있다. ⑥ 제1항부터 제3항까지의 규정을 적용하는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 기간은 출근한 것으로 본다. <개정 2012.2.1></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 근로자가 업무상의 부상 또는 질병으로 휴업한 기간 2. 임신 중의 여성이 제74조제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 휴가로 휴업한 기간 <p>제65조(사용 금지) ① 사용자는 임신 중이거나 산후 1년이 지나지 아니한 여성(이하 "임산부"라 한다)과 18세 미만자를 도덕상 또는 보건상 유해·위험한 사업에 사용하지 못한다. ② 사용자는 임산부가 아닌 18세 이상의 여성을 제1항에 따른 보건상 유해·위험한 사업 중 임신 또는 출산에 관한 기능에 유해·위험한 사업에 사용하지 못한다. ③ 제1항 및 제2항에 따른 금지 직종은 대통령령으로 정한다.</p> <p>제70조(야간근로와 휴일근로의 제한) ① 사용자는 18세 이상의 여성을 오후 10시부터 오전 6시까지의 시간 및 휴일에 근로시키려면 그 근로자의 동의를 받아야 한다. ② 사용자는 임산부와 18세 미만자를 오후 10시부터 오전 6시까지의 시간 및 휴일에 근로시키지 못한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로서 고용노동부장관의 인가를 받으면 그러하지 아니하다. <개</p>

구분	내용
근로기준법	<p>정 2010.6.4)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 18세 미만자의 동의를 있는 경우 2. 산후 1년이 지나지 아니한 여성의 동의를 있는 경우 3. 임신 중의 여성이 명시적으로 청구하는 경우 <p>③ 사용자는 제2항의 경우 고용노동부장관의 인가를 받기 전에 근로자의 건강 및 모성 보호를 위하여 그 시행 여부와 방법 등에 관하여 그 사업 또는 사업장의 근로자대표와 성실하게 협의하여야 한다. <개정 2010.6.4.></p> <p>제74조(임산부의 보호) ① 사용자는 임신 중의 여성에게 출산 전과 출산 후를 통하여 90일의 출산전후휴가를 주어야 한다. 이 경우 휴가 기간의 배정은 출산 후에 45일 이상이 되어야 한다. <개정 2012.2.1.> ② 사용자는 임신 중인 여성 근로자가 유산의 경험 등 대통령령으로 정하는 사유로 제1항의 휴가를 청구하는 경우 출산 전 어느 때 라도 휴가를 나누어 사용할 수 있도록 하여야 한다. 이 경우 출산 후의 휴가 기간은 연속하여 45일 이상이 되어야 한다. <신설 2012.2.1.> ③ 사용자는 임신 중인 여성이 유산 또는 사산한 경우로서 그 근로자가 청구하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 유산·사산 휴가를 주어야 한다. 다만, 인공 임신중절 수술(「모자보건법」 제14조제1항에 따른 경우는 제외한다)에 따른 유산의 경우는 그러하지 아니하다. <개정 2012.2.1.> ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 휴가 중 최초 60일은 유급으로 한다. 다만, 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제18조에 따라 출산 전후휴가급여 등이 지급된 경우에는 그 금액의 한도에서 지급의 책임을 면한다. <개정 2007.12.21, 2012.2.1.> ⑤ 사용자는 임신 중의 여성 근로자에게 시간외근로를 하게 하여서는 아니 되며, 그 근로자의 요구가 있는 경우에는 쉬운 종류의 근로로 전환하여야 한다. <개정 2012.2.1.> ⑥ 사업주는 제1항에 따른 출산전후휴가 종료 후에는 휴가 전과 동일한 업무 또는 동등한 수준의 임금을 지급하는 직무에 복귀시켜야 한다. <신설 2008.3.28, 2012.2.1.></p> <p>제74조의2(태아검진 시간의 허용 등) ① 사용자는 임신한 여성근로자가「모자보건법」 제10조에 따른 임신부 정기건강진단을 받는데 필요한 시간을 청구하는 경우 이를 허용하여 주어야 한다. ② 사용자는 제1항에 따른 건강진단 시간을 이유로 그 근로자의 임금을 삭감하여서는 아니 된다. [본조신설 2008.3.21]</p>
저출산·고령사회 기본법	<p>제8조(자녀의 출산과 보육 등) ①국가 및 지방자치단체는 모든 자녀가 차별받지 아니하고 안전하고 행복한 생활을 영위하며 교육과 인성함양에 도움을 주는 사회환경을 조성하기 위한 시책을 강구하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 자녀를 임신·출산·양육 및 교육하고자 하는 자가 직장생활과 가정생활을 병행할 수 있도록 사회환경을 조성·지원하여야 한다. ③국가 및 지방자치단체는 자녀를 양육하려는 자에게 양질의 보육서비스를 제공하기 위한 시책을 강구하여야 한다.</p> <p>제9조(모자보건의 증진 등) ①국가 및 지방자치단체는 임신부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명존중을 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다. ②국가 및 지방자치단체는 임신·출산·양육의 사회적 의미와 생명의 존엄성 및 가족구성원의 협력의 중요성 등에 관한 교</p>

96 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

구분	내용
저출산·고령사회 기본법	<p>육을 실시하여야 한다. ③ 국가 및 지방자치단체는 임신·출산 및 양육에 관한 정보의 제공, 교육 및 홍보를 실시하기 위하여 필요한 기관을 설치하거나 그 업무를 관련 기관에 위탁할 수 있다.</p> <p>제10조(경제적 부담의 경감) ① 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다. <개정 2012.5.23.> ② 국가 및 지방자치단체는 제1항에 따른 시책의 강구 및 지원을 위하여 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 비용의 통계조사를 실시할 수 있다. <신설 2012.5.23></p>
남녀 고용평등과 일·가정양립 지원에 관한 법률	<p>제11조(정년·퇴직 및 해고) ① 사업주는 근로자의 정년·퇴직 및 해고에서 남녀를 차별하여서는 아니 된다. ② 사업주는 여성 근로자의 혼인, 임신 또는 출산을 퇴직 사유로 예정하는 근로계약을 체결하여서는 아니 된다.</p> <p>제18조(출산전후휴가에 대한 지원<개정 2012.2.1>) ① 국가는 「근로기준법」 제74조에 따른 출산전후휴가 또는 유산·사산 휴가를 사용한 근로자 중 일정한 요건에 해당하는 자에게 그 휴가기간에 대하여 통상임금에 상당하는 금액(이하 “출산전후휴가급여등”이라 한다)을 지급할 수 있다.<개정 2012.2.1></p> <p>② 제1항에 따라 지급된 출산전후휴가급여등은 그 금액의 한도에서 「근로기준법」 제74조제4항에 따라 사업주가 지급한 것으로 본다.<개정 2012.2.1></p> <p>③ 출산전후휴가급여등을 지급하기 위하여 필요한 비용은 국가재정이나 「사회보장기본법」에 따른 사회보험에서 부담할 수 있다.<개정 2012.2.1></p> <p>④ 여성 근로자가 출산전후휴가급여등을 받으려는 경우 사업주는 관계 서류의 작성·확인 등 모든 절차에 적극 협력하여야 한다.<개정 2012.2.1></p> <p>⑤ 출산전후휴가급여등의 지급요건, 지급기간 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 따로 법률로 정한다.<개정 2012.2.1>[전문개정 2007.12.21]</p> <p>제18조의2(배우자 출산휴가) ① 사업주는 근로자가 배우자의 출산을 이유로 휴가를 청구하는 경우에 5일의 범위에서 3일 이상의 휴가를 주어야 한다. 이 경우 사용한 휴가기간 중 최초 3일은 유급으로 한다.<개정 2012.2.1.></p> <p>② 제1항에 따른 휴가는 근로자의 배우자가 출산한 날부터 30일이 지나면 청구할 수 없다. [본조신설 2007.12.21]</p>
여성발전 기본법	<p>제18조(모성 보호의 강화) ① 국가·지방자치단체 또는 사업주는 임신·출산 및 수유(授乳) 중인 여성을 특별히 보호하며 이를 이유로 불이익을 받지 아니하도록 하여야 한다. ② 국가와 지방자치단체는 취업여성의 임신·출산 및 수유와 관련한 모성보호 비용에 대하여 「사회보장기본법」에 따른 사회보험과 재정(財政) 등을 통한 사회적 부담을 늘려 나가도록 하여야 한다. [전문개정 2008.6.13]</p>

자료: 국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr>)

제2절 중앙정부의 출산건강 지원 정책

앞서 제시한 법률들을 근거로 중앙정부는 임신 및 출산 지원을 위한 여러 가지 다양한 정책 사업들을 실행하고 있다. 이 장에서는 복지부 등에서 집행하고 있는 대표적인 임신 및 출산 건강 지원 사업들을 간략하게 소개하도록 하겠다.³⁾

1. 임신·분만 취약지역에 대한 의료지원 강화

출산율이 낮아지면서 출산 건수가 크게 낮아진 농촌 지역들에서는 산부인과들의 운영비용이 증가하고 수익성이 악화되어 산부인과의 수가 크게 감소하고 있다. 이러한 출산 의료 환경의 악화는 농촌 지역의 산모 및 신생아의 건강을 위협하고, 출산율 저하를 가속화하는 요인으로 작용하고 있다. 이에 정부는 분만 가능한 산부인과의 없는 분만 취약지역들을 선정하여, 이들 지역에 산부인과의 설치, 운영 될 수 있도록 지방 정부와 공동으로 지원한다.

이를 통해 분만 환경과 인프라를 구축하고자 임신·분만 취약지역에 대한 의료지원 강화하여, 분만 취약지역에서의 임신 및 출산 의료 서비스의 접근성 불평등의 해소와 산모와 신생아의 건강 증진을 도모하고자 한다.

분만 취약지역의 선정은 관내 분만율이 30% 이하이면서, 분만이 가능한 의료기관으로부터 접근 거리가 1시간 이상인 지역이 30% 이상인 시·군·구 지역을 대상으로 하고 있다. 이상과 같은 기준에 해당되는 분만 취약지들은 다음과 같다.

3) 이 절에 서술하는 정책 사업들은 복지부 홈페이지(www.mw.go.kr)에 나와 있는 임신/출산 지원 정책들을 바탕으로 하여, 각 사업에 대한 설명을 담고 있는 부처 자료들과 정책 담당자들과의 인터뷰 내용들을 정리한 것임

〈표 4-2〉 분만 취약지 선정 지역

지역 주민 분만 건수	지역
250건 이상	인천 (강화군, 강원 (인제군, 철원군, 화천군), 경기 (연천군), 충남 (금산군, 태안군), 전북 (고창군, 부안군), 전남 (고흥군, 보성군, 신안군, 영광군, 완도군, 해남군, 화순군), 경북 (영주시, 영천시), 경남 (밀양시, 거창군, 창녕군, 하동군)
250건 미만	인천 (옹진군), 강원 (고성군, 양구군), 충북 (괴산군, 보은군), 전북 (무주군, 장수군, 진안군), 전남 (곡성군, 구례군, 장흥군, 진도군, 함평군), 경북 (군위군, 봉화군, 영덕군, 영양군, 울릉군, 의성군, 청도군, 청송군), 경남 (남해군, 산청군, 의령군, 함양군, 합천군)

출처: 복지부 홈페이지(www.mw.go.kr)

이들 분만 취약지들 중 분만 산부인과 설치·운영이 가능한 지역에는 분만실 등 시설 및 인력을 갖추고 분만 산부인과로 지정, 운영한다. 한편, 산부인과 설치가 어려운 지역들의 경우에는 인접 지역의 종합 병원, 병원, 의원 및 보건의료원 등에 외래 산부인과의 시설과 인력에 대한 경비를 지원하고, 이들 의료시설들을 외래 산부인과로 지정하여 운영한다. 더불어 출산 예정 임신부들의 원활한 의료시설 이용을 지원하고자 산모 이송 체계 구축을 추진 중에 있다.

2. 미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원

정부는 ‘미숙아 의료지 지원 사업’과 ‘선천성 이상아 의료비 지원 사업’ 아래 저체중아 등 출생결과 이상아에 대한 의료비를 지원해주고 있다. 우선, 미숙아 의료지 지원 사업에서는 모든 미숙아들이 지원 대상은 아니며, 미숙아의 규정과 부모의 소득 수준, 출생 순위 등의 기준에 따라 정책 지원 대상 미숙아가 결정된다. 이 사업의 지원 내용(의료비 지원)은 출생아의 체중에 따라 달라지기 때문에 사실상 조산아와 저체중아의 개념을 모두 포함하고 있다고 할 수 있다.

우선 이 사업에서는 출생 후 24시간 이내 긴급한 수술 및 치료 등의 이유로 신생아 중환자실(인큐베이터)에 입원한 경우를 지원 대상으로 정의하는데, 그러므로 재태기간 37주 미만의 조산아나, 출생체중 2,500g 미만의 저체중과 같은 일반적 정의와도 차이를 갖는다. 더불어 소득이 전국 월평균의 150% 이하의 출산 가정을 기본적 지원 대상으로 하는데, 추가적으로 셋째아 이상 출생아가 미숙아 및 선천성 이상아인 경우에는 소득수준과 관계없이 의료비가 지원된다. 출생 체중에 따른 미숙아 의료비 지원 수준은 다음 <표 4-3>과 같다.

<표 4-3> 미숙아 의료비 지원 내용

출생 시 체중	최고 지원 금액
2,499~2,000g	5백만원
1,999~1,500g	7백만원
1,500g 미만	1천만원

출처: 복지부 홈페이지(www.mw.go.kr)

한편 선천성 이상아 의료비 지원 사업의 경우에는 출생 후 28일 이내 의료기관에서 식도폐쇄/협착, 장 폐색증, 직장항문폐쇄/협착, 선천성 횡격막 탈장, 제대기저부(선천배꼽)탈장 등의 선천성 이상아로 진단 받은 환아에 대한 의료비를 지원해준다. 지원 범위는 미숙아 지원과 같이 전국 월평균의 150% 이하의 가정에서 출산한 경우와 셋째아 이상의 출생아를 대상으로 하고 있다. 여기서 의료비 지원은 1회 입원 진료비로 한정되며, 환아의 외래 및 재활치료, 이송비와 치료와 직접적으로 관련 없는 예방 접종비는 지원범위에서 제외된다. 지원 액수는 1인당 500만원을 최대 지원으로 한정하고 있으며, 자기부담금이 100만원을 초과할 때는 기본 지원비 100만원과 추가분의 80%이 지원된다. 한편 100만원 이하의 경

우에는 치료비 전액이 지원되지만, 현실적으로 선천성 이상아들은 의료비가 100만원을 넘는 경우가 대부분이라고 한다.

3. 임신·출산 진료비 지원 사업(고운맘 카드)

임신 중 여성은 임신 관련 진료 및 출산비로 인한 경제적 부담을 갖게 되는데, 이에 대한 부담을 완화하고 적절한 의료 서비스를 이용할 수 있도록 임신·출산 진료비를 지원해준다. 지원 사업은 건강보험 대상 임신부에게 지난 2011년부터 1인당 50만원을 지원해주고 있으며, 다태아 임신부의 경우에는 20만원 추가 지원이 이뤄진다.

임산부는 건강보험공단에서 지정한 의료 및 요양기관의 임신 진료 및 출산 비용을 체크·신용카드 형태의 '고운맘 카드'를 이용하여 지불할 수 있다. 지정 금융기관에서 발급받은 고운맘 카드는 발급일부터 출산 후 60일까지 사용할 수 있으며, 기간 이후 남아있는 잔액은 자동 소멸된다. 한편, 의료급여 수급권자와 국가 유공자 등 의료보호 대상자 등은 고운맘 카드 지원 대상에서 제외된다.

4. 임신부 영양제 지원

정부는 임신부들의 임신건강 증진 및 임신 관리 비용 절감을 위하여 철분제 및 엽산제를 지역 보건소를 통해 지원해준다. 이는 경제적 부담을 절감의 효과와 함께 임신부들로 하여금 임신기 영양보충의 습관을 일반화한다는 점에서 임신 건강 증진에 긍정적 영향을 미치는 것으로 평가받을 수 있다.

철분제의 경우에는 임신 5개월 이상의 모든 임신부들을 지원 대상으로

하고 있는데, 임신성빈혈 의심 임신부는 임신4개월부터 지원이 가능하다. 한편 기형아 예방에 효과가 있는 것으로 보고되고 있는 엽산제 지원은 35세 이상 보건소 등록 임신부들을 대상으로 임신 3개월까지만 지원 범위가 한정된다. 그러나 실제 현장에서는 대부분의 지자체가 중앙정부 지원 범위에 미치지 못하는 임신부들에 대해서 추가적 지원을 제공해주고 있다.

5. 한국 마더세이프 전문센터 운영

임산부는 임신 전후에 약물 등 임신위험 물질 노출에 대한 위험을 안고 있으며, 계획하지 않은 임신이나 복용 중인 약물에 대한 정보 부족으로 인해 노출된 위험 물질은 임신결과에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 더불어 약물의 위험성에 대한 두려움은 임산부 및 가족들로 하여금 임신에 대한 필요 이상의 부담을 증가시킬 뿐만 아니라, 심지어는 임신 기파나 인공유산으로 이어질 수도 있다. 그러므로 임산부를 위한 약물 이용에 대한 적절한 정보 제공은 안전한 출산 환경 조성에 매우 중요한 요소라고 할 수 있다.

정부는 임산부를 위한 약물 등에 관한 적절한 정보 제공하고자 산모 건강관리사업의 일환으로 전문 병원을 통해 마더세이프 프로그램을 운영하고 있다. 이 사업은 임산부들로 하여금 기형유발 등 임신위험 물질에 대한 노출을 예방할 수 있도록 환경을 조성하는 것을 주목적으로 하고 있다.

이러한 마더세이프 프로그램은 임산부 및 일반 국민들에게 대국민 홍보 및 상담을 통해 임신 중 노출될 수 있는 약물 등에 대한 전문적 정보를 제공해주고, 정신과, 내과, 피부과, 보건소 등 전문 의료인들에게도 임산부를 위한 적절한 정보제공 가능하도록 교육 및 홍보 사업을 진행하고

있다. 이 사업은 주로 서울의 중앙센터 및 지역거점지역(부산, 광주, 대전, 대구, 창원) 마더세이프 전문상담센터들을 통해 이루어진다.

상담은 상담센터들에서 운영하는 무료 콜센터를 통해 이뤄지는데, 콜센터에는 간호사 등의 전문성을 가진 상담자들이 상담을 담당하고 있으며, 마더세이프 홈페이지(www.mothersafe.or.kr)를 통하여 온·오프라인으로 상담 신청이 가능하다. 그리고 지역 센터 간 네트워크를 통해 상담원들의 교육을 강화하여 임신 및 수유 중 태아 기형발생 등 위험물질에 대한 정확한 자료 공유하도록 하고 있다. 주요 상담 내용은 다음과 같다.

〈표 4-4〉 마더세이프 임신부 대상 주요 상담 내용

- * 임신 중 감기약, 피임약 등 안전한 약물 사용에 대한 온·오프라인 무료상담제공
- * 중앙센터를 중심으로 대전, 대구, 광주, 부산, 창원 거점병원을 운영하여 근접거리 상담 실시
- * 고혈압 등의 만성질환이나 임신초기 임신여부에 대하여 인지하지 못한 상황에서, 약물, 흡연, 음주 등에 노출된 임신부에게 노출에 따른 기형발생위험성에 관한 상담 및 정보제공
- * 모유수유부가 부득이하게 급, 만성질환으로 약물 등에 노출되는 경우 위험 및 안전성에 대한 상담 및 정보제공
- * 임신을 계획하는 모든 여성에게 임신 시 태아에 위험이 되는 요인에 대한 평가 및 정보제공

자료: '마더세이프 프로그램 실적 보고' 복지부 내부자료 (2012)

[그림 4-1] 마더세이프 제작 안내 책자 사례



자료: 마더세이프 홈페이지(www.mothersafe.or.kr)

한편 위험임신 예방 프로그램을 위한 지침서 개발 및 홍보 사업은 일반 임신부 및 국민을 위한 홍보 사업과, 전문의를 위한 지침 개발 및 홍보 사업으로 나누어질 수 있다. 일반 국민 대상 홍보 사업은 태아 기형유발 물질에 대한 대국민 교육을 위한 홍보 책자 개발 및 배포 사업을 진행하고 있는데, 일반인들이 임신 전후 노출되기 쉬운 위험물질들에 대한 적절한 정보를 제공해준다. 이를 통해 임신건강에 부정적 영향을 미칠 수 있는 약물 등 위험 요소들에 대한 노출을 예방하는 한편, 약물에 대해 필요 이상의 두려움을 갖는 것을 막고 안전한 약물대체를 유도하고자 한다. 더불어 이러한 홍보를 통해 임신부 및 모유수유부들의 센터 이용을 활성화하는 효과를 도모한다.

전문 의료인을 위한 교육 및 홍보 사업은 임신부 약물상담 전문가과정 개발 및 교육 과정을 개설해 의료인들의 진료실 상담 역량을 강화하고자 한다. 그리고 임신부 진료를 위한 전문 지침서를 개발·배포하여 의료 기관을 통한 위험노출 예방을 도모하고, 마더 세이프 상담사례의 DB구축으로 축적된 우리나라 임신·수유부들의 다빈도 노출 위험물질에 대한 정보를 이용하여 생식발생독성 및 기형관련 연구에 기여하고자 한다.

6. 기타 임신 및 출산 건강 지원 사업

이상에서 기술한 임신 및 출산 건강 지원 사업들 이외에도 다양한 사업들이 진행되고 있다. 이들의 사업범위는 직접적 의료 서비스 영역 이외에도 임신부와 신생아의 건강을 위한 건강 환경 조성을 위해 다양한 영역들의 사업들이 포함된다.

〈표 4-5〉 기타 임신·출산 건강지원 사업

<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료기관의 출산시 출산비 지급 : 병·의원이나 조산원이 아닌 곳에서 출산시(자택, 이송 중 출산) 건강보험공단 지사에 신청하면 출산비 25만원 지급 ○ 임신부·영유아 영양플러스 : 최저생계비 200%(299만원, 4인가구 기준) 미만 가정의 임신부와 영유아를 대상으로 영양평가 실시하여 위험요인 발견시 일정기간 동안 영양교육 및 상담(월 1회 이상)실시하고 보충식품 제공 ○ 산모·신생아도우미 서비스 : 전국가구 평균소득 50%(219만원, 4인가구 기준) 이하 출산가정(유·사산 포함)에 2주간 산모 도우미 파견하여 산모·신생아 관련 표준서비스 지원 <p>* 쌍생아 산모는 3주(18일), 삼태아 이상 및 중증 장애인 산모는 4주(24일)</p> <p>* 표준서비스: 산모 영양관리, 산후체조, 신생아 돌보기 보조 및 건강관리, 감염예방 관리 등</p>
--

자료: 보건복지부. 2012. <2012 지방자치단체 인구정책 사례집>. p. 24.

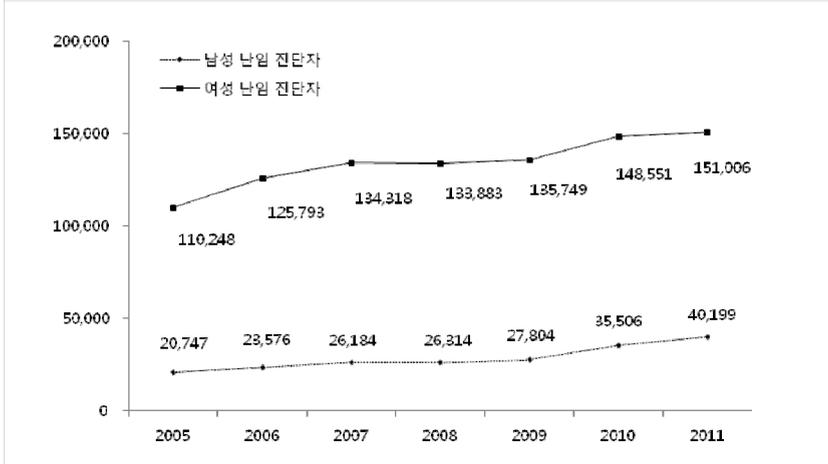
제3절 난임부부 지원 사업

난임부부를 위한 시술지원 사업은 엄밀한 의미에서 임신 및 출산 건강 지원 사업으로 분류하기는 힘들다. 그러나 난임부부 시술은 임신부는 물론이고 태아의 건강에도 많은 영향을 끼칠 수 있는 정부의 출산지원 사업이라는 점에서 이 절에서 특별히 소개하고자 한다.

1. 난임부부 현황

우리나라 난임 진단자 수는 2011년 기준으로 여성 15만명, 남성 4만명(건강보험통계연보)에 이르며 2005년부터 2011년까지 연평균 7.7% (여성 6.2%, 남성 15.6%)가 증가하였다(황나미, 2013). 여성 난임 진단자가 남성 난임 진단자보다 4배 가까이 많은 편이지만 증가폭은 남성이 더 크다고 볼 수 있다.

[그림 4-2] 연도별 난임 진단자 수



자료: 황나미(2013), 「보건·복지 Issue&Focus」 제192호

난임부부의 수가 지속적으로 증가하는 것은 혼인과 출산 연령이 늦어짐에 따라 나타나는 현상이기도 하지만, 장기간 피임 사용의 증가, 공해 및 음주·흡연 등 위험인자의 지속적 노출, 비만·운동부족 등의 건강환경 및 건강행동의 측면에서도 그 이유를 찾을 수 있을 것이다. 2010년 ‘난임부부 시술비 지원사업’의 인공수정 시술비를 수혜 받은 대상자들의 특성을 분석한 결과 난임의 원인은 원인불명인 경우가 74.1%로 가장 많았고 기타 요인이 11.7%, 남성 요인 8.7%, 자궁내막증이 4.4%였다(황나미·장인순·백소혜, 2011). 2009년 체외수정 시술비 지원을 받은 대상자들의 난임 원인 또한 원인불명이 34%로 가장 많았고 난관요인이 24%, 남성요인이 11.4% 등이었다(황나미·황정혜·김지은, 2010). 이러한 난임부부의 증가에 따라 정부의 난임부부 시술비 지원 이용자도 늘어나고 있는 추세이다.

2. 난임부부 시술비 지원사업

‘난임부부 시술비 지원사업’은 자녀를 희망하는 난임가정에게 고액의 체외수정과 인공수정 등 시술보조생식술 시술비를 지원을 통해 임신·출산의 경제적 부담을 줄여주고 저출산 극복효과를 달성하기 위해 일정 소득계층 이하의 난임 부부에게 시술비 일부를 지원해주는 사업으로 2006년부터 도입되어 운영 중이다. 이 정책 사업은 ‘(난임 극복 지원사업) 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다’는 <모자보건법> 제11조에 근거하고 있다.

2006년 도시근로자 월평균 소득 130% 이하에게 체외수정 시술비 일부를 지원해주는 것을 시작으로 2010년 인공수정 시술비 지원이 추가되었고, 현재는 전국가구 월평균소득 150%이하로 지원대상자가 확대 되었다. 2011년에는 체외수정 시술비 지원 금액과 지원횟수가 확대되어 2013년 현재 인공수정 시술비는 1회당 50만원 범위 내에서 3회까지 지원되며 체외수정 시술비는 1회부터 3회까지는 1회당 180만원(기초수급자 300만원), 4회는 100만원 범위 내에서 지원되고 있다. 지원 사업의 대상자는 법적 혼인상태에 있는 부부로서 접수일 현재 여성의 연령이 만 44세 이하로 제한하고 있다. 그리고 난임부부가 기초생활수급자인 경우는 300만원 범위 내 지원이 가능하다(표 4-6 참조).

난임부부 시술비 지원사업을 통해 시술비 지원을 받은 사례는 지속적으로 늘어나고 있다(표 4-7 참조). 시험관 내 수정으로 만들어진 수정란을 자궁 내에 이식하는 체외 수정의 경우 사업이 처음 도입된 2006년에는 19,137건이었으나, 2010년에는 24,961건, 그리고 2012년에는 31,955건으로 증가하였다. 2012년 임신 성공률은 29.8%였는데, 2006년부터 임신율은 약 30.0%를 전후하여 그 수준을 계속 유지하고 있다.

108 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 4-6〉 난임부부 시술비 지원사업 연도별 변화

구분	2006년	2009년	2010년	2011년
지원대상	- 도시근로자 월평균 소득 130% 이하		- 전국가구 월 평균 소득 150% 이하 - (맞벌이 부부 지원 확대)건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자 보험료는 50%만 합산하여 선정기준 적합여부 판정	
지원횟수	- 제외수정 2회	- 제외수정 3회	- 제외수정 3회 - 인공수정 3회	- 제외수정 4회 - 인공수정 3회
지원금액	- 1회당 150만원(기초수급자 255만원)범위 내	- 1회당 150만원(기초수급자 270만원)범위 내	- 제외수정 1회당 150만원(기초수급자 270만원)범위 내 - 인공수정 1회당 50만원 범위 내	- 제외수정 3회까지 180만원(기초수급자 300만원)범위 내, 4회는 100만원 범위내 - 인공수정 1회당 50만원 범위 내

자료: 보건복지부(2011), 『(2012년) 가족건강 사업안내』

〈표 4-7〉 난임부부 시술지원 사업 실적

(단위: 건, 명, %)

연도별	시술 지원건수	임신 건수	임신율	출산 건수	출생아 수 (출생연도 기준)
체외수정 시술비 지원					
총계	152,059	46,773	30.8	33,568	43,102
2012년	31,955	9,532	29.8	8,340	9,918
2011년	30,356	9,289	30.6	5,791	7,502
2010년	24,961	7,801	31.3	4,482	5,714
2009년	17,691	5,349	30.2	4,081	5,281
2008년	13,262	4,236	31.9	3,366	4,535
2007년	14,697	4,579	31.2	3,460	4,699
2006년	19,137	5,987	31.3	4,048	5,453
인공수정 시술비 지원					
총계	97,877	12,490	12.8	7,674	8,806
2012년	32,737	4,221	12.9	3,750	4,169
2011년	33,459	4,358	13.0	3,244	3,815
2010년	31,681	3,911	12.3	680	822

자료: 복지부(2013) 내부자료

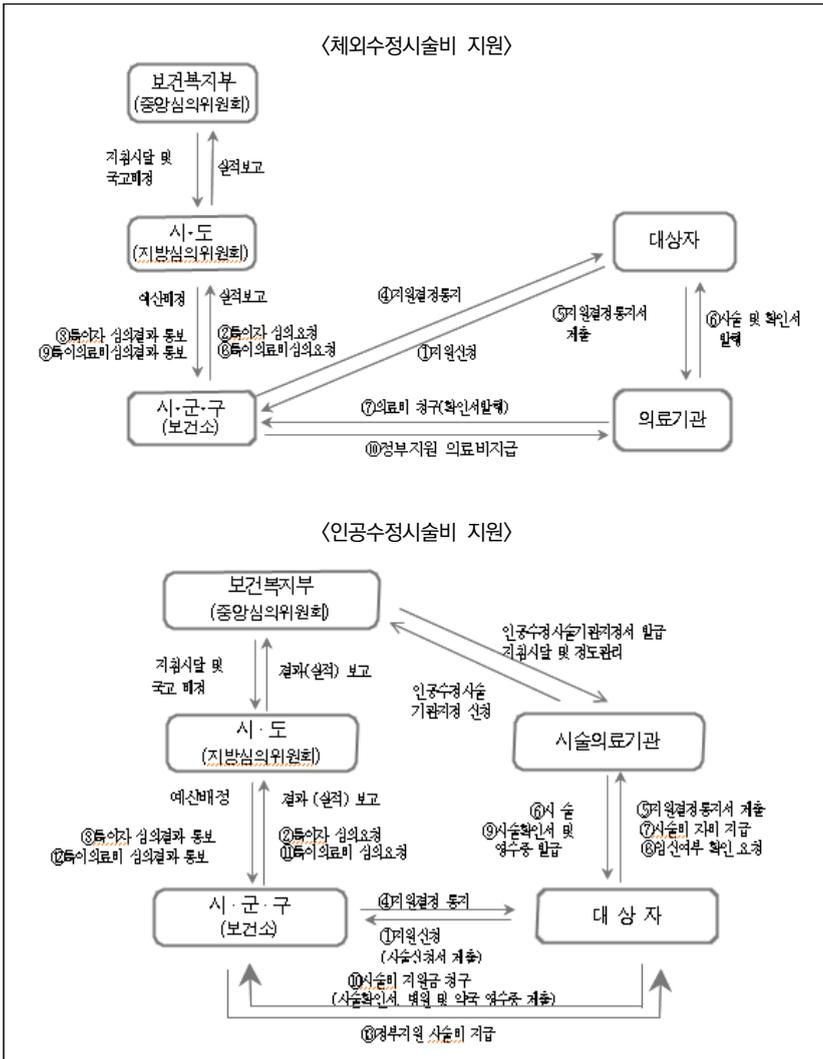
한편 남편의 정자를 채취하여 세척 후 이를 자궁 내 또는 자궁 경부에 주입하는 인공수정시술은 2010년부터 시술비가 지원되었는데, 첫해에는 31,681건, 2012년에는 32,737건으로 비슷한 수준을 그 증가폭은 크지 않았다. 인공수정시술은 비용이 저렴하지만, 임신율은 낮은 편인데, 지난 3년 간 평균 12.8%의 임신율을 보였다.

복지부의 내부 자료에 따르면 시술을 통한 임신 건수와 출산 건수 사이에는 일정 부분 차이가 나타난다. 이는 유산에 기인한 것이 크지만, 시술과 출생 사이의 시간 차이, 보고의 누락 등이 반영된 것이기 때문에 정확한 유산율을 산출하기는 어렵다. 그러나 전체적으로는 체외수정 시술은 28.2%, 인공수정 시술은 38.6% 정도의 차이가 나타나고, 전년도와 시술의 건수가 비슷하여 좀 더 안정적으로 차이를 산출할 수 있는 2012년만으로 차이를 계산하였을 때는 각각 12.5%, 11.2%의 차이가 나타난다. 비록 자료의 한계로 정확한 유산을 추산은 어렵지만, 난임 시술에는 자연 임신에 비해 더 높은 유산의 경향이 나타날 것으로 짐작할 수 있다. 이는 시술 부부들의 고령일 가능성이 많고, 임신 건강이 상대적으로 안 좋았기 때문이다. 더불어 시술 과정에 부부가 경험하게 되는 스트레스, 호르몬 주사 등 인위적으로 만들어진 신체의 임신 환경, 미성숙 난자들의 사용 가능성 등도 일정 정도 영향을 미쳤을 것으로 추측된다.

한편 출생아수는 출산 건수에 비해 더 높게 나타는데, 이는 주로 다태아 출생에 기인한다. 보고된 출생아수는 체외수정 시술은 28.4%, 인공수정 시술은 14.8%가 보고된 출산 건수에 비해 높은 것으로 나타났다. 체외수정에서 더 높은 다태아 출산 가능성이 나타나는 것은 일반적으로 시술 과정에서 성공률을 높이고자 다수의 수정란을 이식하기 때문으로 알려져 있다. 다태아에게서 저체중아나 조산아 출산과 같은 출산결과 이상이 높다는 것을 고려하면, 이러한 높은 다태아 출산 가능성은 인공시술을

통한 출산의 출산결과가 상대적으로 더 나쁠 수 있음을 시사한다. 마지막으로 [그림 4-3]은 난임부부 시술비 지원 사업의 수행체계를 나타낸다.

[그림 4-3] 난임부부 지원 수행 체계



자료: 복지부(2013) 내부자료

제4절 지방 정부의 출산건강 지원 정책

이 절에서는 지방 자치단체들에서 실시 중인 태아와 임산부의 건강 증진을 위해 실시되고 있는 사업들의 현황을 분석해보았다. 지방자치단체는 지역 차원에서 실제적 임신건강 지원 정책 수요자들과 접촉하는 정책 전달 기관으로, 중앙정부의 정책에서 포함하지 못한 정책 여역들을 구체적으로 지원해주는 역할을 담당한다.

이 연구는 지자체에서 수행 중인 사업들의 전반적인 현황 및 개별 사업들의 성격을 알아보기 위해 보건복지부에서 발간한 <2011 지방자치단체 인구정책 사례집>에 포함되어 있는 저출산 정책 사업들 중에서 임신 건강을 위해 임산부 및 임신 예정자들을 대상으로 실시되고 있는 정책들을 분석하였다. 사례집에 나와 있는 정책 사례들은 광역 및 기초 지자체에서 실시되고 있는 다양한 저출산정책들을 결혼, 임신, 출산, 육아, 인식개선, 기타 영역으로 분류하여 광역 및 기초자치단체별로 각 정책사업의 사업명, 사업영역, 사업 내용 설명, 예산 규모 등에 대한 정보를 제공한다.

이 연구에서는 일관된 분석을 위해 분석 대상 사업에 대한 일정한 기준을 설정하였다. 우선 임신건강 지원 정책을 분석 대상으로 하여, 출산 이후 산모 및 신생아를 위한 건강지원 사업들은 제외하였다. 이로 인해 모유 수유와 관련된 수유 교실, 유축기 제공, 수유 시설 설치와 같은 사업들은 분석 대상에 포함되지 않았다. 또한 사업의 대상의 특수성을 갖고, 또한 전반적 건강 검진과 같은 포괄적 내용을 담고 있는 혼인이주여성 및 다문화가족에 대한 건강지원 사업들도 이 분석 대상에서는 제외하였다. 그리고 임신 전 의료지원 정책이지만 임신 건강과는 거리가 있다고 판단되는 정관 복원 시술사업이나 난임부부 지원 사업도 제외하였으며, 일부 지자체에서는 임신지원 영역으로 분류되어 있는 출산 장려금 지원 사업

들도 분석에는 포함하지 않았다. 그러나 산전, 산후관리를 모두 포괄하는 산전산후 프로그램들의 경우에는 분석 대상으로 포함하였다.

자체단체들의 저출산정책들 중에서 2011년 현재 태아와 임신부의 건강 증진을 위해 실시되고 있는 사업들은 총 446개로 나타났으며, 이중 광역자치단체는 20개, 기초자치단체는 426개 사업을 수행하고 있었다. 광역자치단체의 임신건강 지원 사업들은 ‘마더세이프 프로그램 운영’(경기도), ‘찾아가는 산부인과 운영’(경상북도, 경상남도), ‘임산부 건강검진비 지원’(인천시)와 같이 대규모 예산이 투입되는 건강지원 사업이나, ‘출산준비교실운영’(대구시), ‘임산부와 태아를 위한 열린축제’(충청북도) 등의 시범적 행사사업, 그리고 서울시의 ‘직원임산부건강 및 태아교실운영’과 같은 직원 대상 사업들로 구성되어 있었다. 그리고 광역자치단체 차원의 사업으로는 명시되어 있지 않았으나, 전라남도의 산부인과 취약 환경을 반영한 검진 지원 등과 같이 지자체에서 시행하는 사업들에 대한 예산을 지원하는 경우도 일부 발견되었다.

한편 기초자치단체의 사업 개수는 경기도가 가장 많았으며, 제주도는 두 개 기초자치단체에서 단 1개만의 사업이 실시되고 있는 것으로 나타났다. 사업의 수는 자치단체에 따라 큰 편차를 나타냈는데, 자치단체장의 지침이나 지역적 특성이 많이 반영되는 것으로 판단된다. 군포시의 경우에는 ‘예비부부(신혼부부) 건강검진’을 포함한 10개의 사업을, 동해시는 ‘임신성 당뇨검사 무료쿠폰 지원’ 사업 등 9개의 임신건강 사업을 실시하고 있었다.

〈표 4-8〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업 개수 및 시도별 분포

구분	전체	광역 자치단체	기초 자치단체
계	446	20	426
서울시	43	1	42
부산시	21	1	20
인천시	16	4	12
대구시	30	3	27
대전시	10	0	10
울산시	10	3	7
경상남도	38	3	35
경상북도	54	1	53
경기도	76	2	74
강원도	43	0	43
충청북도	17	1	16
충청남도	35	0	35
전라북도	14	0	14
전라남도	37	0	37
제주	2	1	1

자료: 보건복지부, 2011. 〈2011 지방자치단체 인구정책 사례집〉

이들 임신건강 지원 사업들의 약 90%는 임신 및 출산 지원 사업 영역들에 포함되어 있었으며, 나머지는 결혼 지원 사업과 기타 사업 영역으로 구성되어 있었다. 결혼 지원 사업들은 서울시 양천구의 ‘결혼전 건강검진 사업’, 대구시 서구의 ‘예비부부 및 미혼남녀 건강검진 사업’ 등의 건강검진 사업과 충청남도 아산시의 ‘신혼부부 교육프로그램’이나 경기도 군포시의 ‘예비부부 및 신혼부부 교육’ 등의 부부교육 사업들로 구성된다. 후자의 부부교육 사업들은 예비부부 및 신혼부부를 대상으로 건강한 결혼관과 결혼생활, 효과적인 의사소통 방법 등에 대한 교육이 주요 내용들이나, 임신이나 출산에 대한 정보를 제공해준다는 의미에서 넓은 의미의 임신 건강 지원의 성격을 갖는 것으로 나타났다.

〈표 4-9〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업의 정책 영역별 분포

구분	전체	결혼	임신 및 출산	기타
계	446	27	397	22
서울시	43	4	36	3
부산시	21	2	19	-
인천시	16	2	14	-
대구시	30	3	24	3
대전시	10	1	6	3
울산시	10	1	8	1
경상남도	38	2	36	-
경상북도	54	-	54	-
경기도	76	5	67	4
강원도	43	3	35	5
충청북도	17	-	17	-
충청남도	35	2	33	-
전라북도	14	1	13	-
전라남도	37	-	34	3
제주	2	1	1	-

자료: 보건복지부, 2011. 〈2011 지방자치단체 인구정책 사례집〉

다음으로 집행되는 사업들의 평균 예산규모를 살펴보면 〈표 4-10〉과 같다. 앞서 언급한 바와 같이 광역자치단체의 임신건강 지원 사업의 평균 예산 규모가 기초자치단체에 비해 10배 이상 더 크게 나타났는데, 이는 대규모 예산투여 사업을 광역지자체가 담당하고, 기초지자체가 실제 정책 수요자들에 대한 서비스 제공을 담당하는 역할구조에 기인한다고 할 수 있다. 참고로 광역자치단체 사업들 중에서 가장 예산 규모가 큰 사업은 인천시의 ‘임산부 건강검진비 지원’ 사업으로 1,009,000천원이 투여되었고, 다음으로 경기도의 ‘마더세이프 프로그램운영’ 사업(444,400천원)과 경상남도의 ‘찾아가는 산부인과 운영’(400,000천원)으로 그 뒤를 이었다.

한편 기초자치단체는 평균 15,023천원의 예산규모를 나타냈다. 이는 단위 사업 당 평균예산액은 광역자치단체에 비해 매우 낮은 수준이지만,

지역주민 수를 고려해본다면 주민 1인당 사업예산 규모는 오히려 더 높은 수치라고 할 수 있다. 기초자치단체별 예산규모에서도 차이를 나타내는 패턴이 발견된다. 서울 및 광역시 기초자치단체들의 평균 예산 규모는 1천만 원 이하로 나타났지만, 농촌 지역의 구성도가 높은 도단위 지역들에서는 경상북도를 제외한 모든 광역자치단체의 평균사업비가 1천만 원을 넘는 것으로 나타났다. 농촌지역의 상대적으로 낮은 가임기 여성 인구수와 인구 구성비를 고려해보면 매우 높은 수치라고 할 수 있는데, 이들 지역에서의 임신지원 정책들이 농촌 지역들의 낮은 산부인과 의료서비스 접근성을 보완해주는 역할을 해주기 때문인 것으로 풀이된다.

〈표 4-10〉 지역별 사업 총예산 규모 및 사업당 평균 예산

(단위: 천원)

구분	전체	광역 자치단체	기초 자치단체
계	23,620	188,614	15,023
서울시	5,645(7)	- (1)	5,779(6)
부산시	14,273(10)	243,750	2,799(10)
인천시	80,344(6)	315,160	2,072(6)
대구시	7,244(9)	47,880	2,729(9)
대전시	1,380(6)	-	1,380(6)
울산시	21,112	48,333	8,640
경상남도	23,176(5)	172,300	10,394(5)
경상북도	15,616	400,000	8,363
경기도	26,492(16)	430,700	15,567(16)
강원도	16,366(3)	-	16,366(3)
충청북도	44,534(2)	24,000	45,818
충청남도	14,566	-	14,566
전라북도	57,959(1)	-	57,959(1)
전라남도	17,892(3)	-	17,892(3)
제주	7,700(1)	15,400	- (1)

주: ()는 비예산 사업 건수

자료: 보건복지부, 2011. 〈2011 지방자치단체 인구정책 사례집〉

다음으로 지자체들에서 진행 중인 임신지원 사업들을 내용별로 구성한 결과는 <표 4-11>과 같다.⁴⁾ 가장 많은 사업수를 보인 '산모 및 태아 검사'에는 간염, 풍진, 성병, 빈혈 등의 혈액검사와 당뇨, 단백뇨 검사 등의 소변검사와 기형아 검진을 위한 초음파 검사 등을 제공하고 있었다. 초음파 검사의 경우에는 서울시 구로구의 '임산부 초음파 검사'와 같이 보건소에서 직접 초음파 검사를 수행하는 경우도 있었으나, 충청북도 연기군의 '임산부 기형아 및 초음파 검진비 지원'이나 전라남도 강진군의 '임산부 초음파검진 의료비 지원'과 같이 의료비를 지원하는 사업들도 다수 포함되어 있었다.

영양제 지원 사업들은 주로 엽산과 철분제를 제공하고 있었으며, 부산 해운대구의 경우에는 칼슘을 지원하는 사례도 발견되었다. 이들 사업들은 대부분 중앙정부의 영양제 지원 사업들을 보조하는 방향으로 이뤄지고 있었다. 임신 전 3개월부터 부부 모두의 엽산제 복용이 효과적이라고 알려져 있으나, 임신 이전부터 엽산제를 제공해주는 경우는 한 사례도 발견되지 않았다.

예비 교실은 임산부나 임신 중인 부부를 대상으로 임신·출산 전반적 내용, 영양 및 건강 상담, 태교이야기, 라마즈 분만법, 분만 호흡법, 기공체조 등의 다양한 교육 내용을 제공하고 있었다. 그러나 서울 등 도시 지역의 경우 보건소에서 개설된 교육 프로그램보다는 대형 산부인과 병원이나 신생아 관련 상품을 취급하는 기업에서 제공하는 프로그램을 선호하는 경향이 뚜렷하게 나타났다. 또한 보건소 담당자들에 따르면 부부 교육의 경우 실제 교육을 부부 모두가 참여하는 경우는 매우 드물다고 한다. 이는 제공되는 교육 서비스의 질과 필요성에 대한 인식 개선이 필요하다

4) 여기서의 분류는 사업들 중 가장 핵심적인 내용들만을 기준으로 하였다. 많은 지자체들에서는 '임산부 산전 관리'라는 사업명 아래 검진, 영양제 보급, 영양상담 등을 함께 진행하고 있었다.

는 것을 시사한다.

〈표 4-11〉 지자체 임신 및 출산 건강지원 사업 내용 분포

구분	전체	산모 및 태아 검사 (기형아 검사 포함)	영양제 지원	예비 교실 (교육)	사전 건강 검사	기타
계	446	173	83	115	53	22
서울시	43	17	-	18	5	3
부산시	21	9	3	6	2	1
인천시	16	6	-	2	6	2
대구시	30	10	3	12	4	1
대전시	10	5	3	1	1	-
울산시	10	5	2	2	-	1
경상남도	38	15	11	8	3	1
경상북도	54	17	17	15	4	1
경기도	76	26	9	26	12	3
강원도	43	19	9	6	5	4
충청북도	17	5	5	3	2	2
충청남도	35	17	5	7	4	2
전라북도	14	7	5	1	1	-
전라남도	37	15	11	8	2	1
제주	2	-	-	-	2	-

자료: 보건복지부. 2011. 〈2011 지방자치단체 인구정책 사례집〉

현재 시행 중인 임신 건강 지원 정책사업들 중에서 유일하게 임신 전 관리 영역에 속한다고 볼 수 있는 사전 건강 검사는 53개로 이 연구에서 나타난 전체 446개 임신 건강 지원 사업들 중 11.8%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 우리나라 임신건강 지원 정책들이 임신 이후 주산기 관리에 집중되어 있음을 보여주는 결과이다. 이들 사업들 중 예비부부나 신혼부부를 대상으로 하여 남성을 포함하는 사업들은 용인시, 진주시, 포항시, 군포시, 평택시, 원주시, 춘천시, 서울 강남구 등으로 나타났다. 실제 현

장 조사에 의하면 이들 사업들은 매우 기초적인 건강검진만을 제공해주고 있기 때문에 지역 주민들의 이용도가 떨어지는 것으로 나타났다. 많은 이용자들은 대부분 병원에서 비슷한 검진을 받으면서, 추가적으로 보건소의 지원 서비스를 이용하는 것으로 판단된다.

그리고 적극적으로 임신건강을 관리하는 차원의 이용보다는 무료 건강검진 서비스라는 의미에서 이용하는 경우가 상당수인 것으로 추측된다. 또한 부정적인 검진결과들이 나타난 경우에는 보건소에서의 적극적인 임신관리 상담으로 이어지기보다는 민간 병원에 추가적 검증을 권고하는 것으로 보인다. 이는 기초적인 스크린 기능을 한다는 점에서는 긍정적으로 볼 수 있으나, 지역 단위의 적극적인 임신 전 출산건강 관리의 측면에서는 아직까지도 미흡한 점이 많은 것으로 판단된다. 특히 의료 취약지역의 사전 건강검사 추진율은 매우 저조하다는 점도 예방적 차원의 임신 건강 지원 정책사업이 갖는 취약사항이라고 할 수 있다.



제5장 임신 전 출산건강 관리 실태

제1절 분석 자료 및 내용

제2절 출산결과와 위험요인 노출

제3절 임신준비 지식과 임신 준비 행동

제4절 임신 간 출산건강 관리(interconceptional care)

5

임신 전 출산건강 << 관리 실태

제1절 분석 자료 및 내용

이 장에서는 임신 전 출산건강 관리 실태를 파악해보고, 이것이 출산결과에 미치는 영향을 살펴보았다. 더불어 응답자들의 다양한 사회경제적 특성과 임신의 특성들에 따라 임신 전 관리 실태와 출산 결과들이 어떻게 다르게 분포되는지를 분석하였다. 조사 자료들은 한국리서치에 의뢰하여 실시된 ‘임신 전 임신 준비와 출산 결과에 대한 설문조사’를 통해 얻어졌는데, 조사는 최근 3년 이내에 출산 경험이 있는 전국 1,671명의 여성들을 대상으로 하였다. 조사 대상의 표집은 2011년 출산통계의 연령 분포에 맞춰 이뤄졌으며, 이 조사의 의의와 내용들에 대한 교육을 받은 전문 조사원들이 2013년 7월부터 9월 사이에 일대일 면접 조사 방식으로 진행되었다. 그러나 이 장의 분석에서는 이상 사례를 다수 포함하고 있어 전체 출산에 대한 대표성이 제한된다고 판단된 20대 초반 출산여성들과 40대 이후 출산 여성들을 제외한 1,549명만을 분석 대상으로 하였다.

조사 내용은 출산결과, 임신 전 관리와 관련해서는 계획 임신 여부, 임신 관련 지식, 부모 모두의 임신 준비 행동, 임신 후 위험 요인 노출 등 다양한 영역의 임신 전 준비 내용들을 포함하였다. 또한 임신 3개월, 임신 5년 전, 그리고 청소년기의 건강행동과 생식건강 관련 내용들과 직전 임신의 결과(정상아 출산, 유산 등)들도 함께 조사되었다.

출산결과에서는 기존 많은 연구에서 사용된 저체중아 출산, 조산아 출산은 물론이고, 그 외의 신생아 집중 치료실 이용, 선천성 대상 이상, 그

리고 기형 및 중증질환을 포함한 선천성 장애아 출산 등의 신생아 이상과 임신성 고혈압, 임신성 당뇨 등 산모의 출산건강 이상들까지도 이상 출산 결과로 정의하였다. 또한 이러한 출산결과들을 종합하여 하나의 이상 경우라도 포함된 경우에는 종합적 출산결과 이상으로 규정하였다.

임신 전 임신 지식은 앞서 언급한 미국 질병통제센터(CDC)에서 제시한 출산결과 위험요인들을 기초로 엽산 결핍, 당뇨병, B형 감염, 풍진 등 14개의 위험요인들을 임신 전에 알고 있었는지 여부를 물어 알고 있었던 문항들의 총합으로 그 수준을 측정하였다. 임신 준비 행동은 임신 전 3개월 동안 산모 및 그 배우자에게 권고되는 엽산제 복용, 감염 및 풍진 등에 대한 임신 전 검진 및 예방 접종, 임신 관련 진찰 및 검사 여부 등 총 14개 항목에 대한 실행 여부에서 실행한 항목들의 총합으로 측정되었다. 특히 임신 전 관리의 대표적 사항으로 여겨지는 엽산 복용에 대해서는 엽산제에 대한 정보의 임신 전 인지와 복용 여부에 대한 질문들을 기초로 엽산 복용 관련 지식수준과 산전 이행 수준을 별도로 계산하였다.

그리고 임신(수정)부터 임신 3개월까지의 임신 초기 위험기 동안 음주, 흡연, 간접흡연, 과로, 과도한 스트레스 등의 위험 요인들에 노출되었는지도 함께 물었다. 이는 출산 위험요인 노출 수준을 파악함과 동시에 계획된 임신이 이러한 위험 노출을 얼마나 예방할 수 있는지를 알아보고자 하는 문항이다.

그 외에도 과거 부인계 질환 및 대응 방식, 임신 정보의 주요 출처, 임신 중 약물 이용 및 전문의와의 상의 여부 등 다양한 임신 및 출산 관련 내용들이 조사 문항에 포함되었다.

분석에서는 이상의 출산 결과, 임신 준비행동, 임신 관련 지식수준 등을 응답자의 특성과 교차분석 하여 위 사항들의 차별적 분포를 파악하고 하였다. 분석에 사용된 응답자의 특성을 나타내는 변인들은 출산연령,

응답자 및 배우자의 학력 수준, 출산 경험, 임신 당시의 경제적 상황 등이다.

분석결과의 심도 있는 해석을 위해서 분석 내용과 관련된 출산여성 및 전문가들과의 심층면접 결과도 함께 제시하였다. 심층면접에 참여한 출산여성 사례들은 최근 3년 내 출산 혹은 임신 경험이 있는 여성들이며, 통계분석 결과에서 위험군으로 판단된 특성을 갖는 경우들이다. 이러한 특성들에는 유산경험, 20대 초반 출산, 혼전 임신, 고령출산, 이상 출산 결과, 임신 시 직장 경험, 비계획적 임신 경험 등을 포함한다.

제2절 출산결과와 위험요인 노출

1. 출산결과의 분포

조사결과의 출산결과 분포를 살펴보면 전체 출산 중 조산은 7.8%, 저체중은 6.7%, 기타 신생아 이상은 7.1%, 산모 이상은 가장 낮은 5.0%로 나타났으며, 이들의 결과들은 모두 합친 종합적 출산결과 이상의 경우는 16.5%에 이르는 것으로 나타났다. 이는 조산아 및 저체중아 출산율은 통계청 출산동향조사의 출산 통계보다는 다소 높은 수치이다.

응답자의 특성에 따른 출산결과도 앞서의 통계청 출산 통계 자료의 결과들과 비슷한 경향을 그리는데, 예를 들어 연령별 조산아 출산율 분포, 출산 순위와 부모의 학력 수준에 따른 저체중아와 조산아의 출산율 분포는 통계청 자료의 그것과 매우 비슷한 수준의 분포 경향을 보인다.

124 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 5-1〉 출산결과별 기초통계

(단위: 명, %)

구분	조산	저체중	기타 신생아 이상	산모 이상	종합적 출산결과
계	123(7.9)	107(6.9)	110(7.1)	76(4.9)	259(16.7)
모의 출산 연령					
25~29세	34(6.9)	38(7.7)	37(7.5)	15(3.0)	80(16.1)
30~34세	66(8.3)	44(5.5)	57(7.2)	37(4.7)	130(16.4)
35~39세	23(8.9)	25(9.7)	16(6.2)	24(9.3)	49(18.9)
χ^2	1.263	5.777†	0.439	14.422**	1.092
모의 학력					
고졸 이하	36(8.0)	31(6.9)	34(7.5)	27(6.0)	73(16.2)
전문대 이상	87(7.9)	76(6.9)	76(6.9)	49(4.5)	186(16.9)
χ^2	0.002	0.001	0.185	1.591	0.130
출산경험					
초산	61(7.1)	62(7.3)	62(7.3)	34(4.0)	132(15.5)
둘째아	48(8.4)	36(6.3)	39(6.9)	29(5.1)	100(17.6)
셋째아 이상	14(11.1)	9(7.1)	9(7.1)	13(10.3)	27(21.4)
χ^2	2.667	0.474	0.086	9.518*	3.283
부학력					
고졸 이하	34(9.9)	26(7.6)	31(9.0)	23(6.7)	69(20.1)
전문대 이상	89(7.4)	81(6.7)	79(6.6)	53(4.4)	190(15.8)
χ^2	2.284	0.291	2.446	3.002†	3.538†
경제적 상황					
잘사는 편	14(5.4)	14(5.4)	17(6.6)	10(3.9)	37(14.3)
보통	95(8.0)	80(6.7)	82(6.9)	59(5.0)	196(16.5)
어려움	14(14.0)	13(13.0)	11(11.0)	7(7.0)	26(26.0)
χ^2	7.249*	6.704*	2.479	1.533	7.272*

†p<0.1, *p<0.05, **p<0.01

일반적으로 출산결과 분석에서 잘 이용되지 않는 산모의 이상에서는 다소 흥미로운 패턴이 나타나는데, 이는 연령의 증가에 따라 발생률이 크게 증가한다는 점이다. 출산경험에 따른 산모 이상에서도 비슷한 결과가 나타나는데, 출산 순위가 높아질수록 연령이 높아질 가능성이 높다는 점에서 이러한 패턴이 설명되어 질 수 있을 것이다. 이는 고연령 출산이 산모의 건강에 부정적 영향을 미친다는 것을 보여주는 결과이다.

반면, 종합적 출산결과 이상에서는 반대로 연령의 증가에 따른 발생률의 증가폭이 그리 크지 않은 것으로 나타났는데, 이를 바꾸어 말하면 20대 초반 여성의 출산에서는 여러 가지 출산결과 이상이 다발적으로 일어날 위험이 높다는 의미로 해석되어질 수 있다. 비슷한 맥락에서 고졸 이하 저학력 집단이 전문대 졸업 이상의 집단에 비해 오히려 종합적 출산결과가 낮은 것으로 나타났다는 사실도 이들에게서 다수의 출산결과 이상이 동시에 일어날 가능성이 높음을 보여준다.

이상의 결과들은 출산결과와 관련된 설명 변인들이 독립적으로 영향을 미치는 것이 아니라는 점을 강하게 시사한다. 예를 들어 출산 연령이 높은 여성의 경우는 학력 수준이 높을 가능성이 있거나, 출산 경험이 상대적으로 더 많을 가능성이 매우 높다. 그러나 학력 수준과 출산 경험 간에는 상관관계가 상대적으로 낮게 나타난다.

그러므로 좀 더 정확한 출산결과 분포 경향을 확인하기 위해서는 주요 변인에 따라 분석 대상을 구분하여, 각각의 교차분석을 시도해볼 필요가 있을 것이다. 다음으로 출산결과에 대한 가장 중요한 결정 요인 중 하나로 여겨지고 있는 출산연령을 기준으로 분석 대상들을 나누어 대표적인 출산결과인 조산아 출산과 종합적 출산결과 이상의 분포를 살펴보았다.

〈표 5-2〉 연령별 출산결과 이상(조산)

(단위: 명, %)

구분	20대 후반	30대 초반	30대 후반
계	34(6.9)	66(8.3)	23(8.9)
모의 학력			
고졸 이하	9(6.4)	17(8.0)	10(10.2)
전문대 이상	25(7.0)	49(8.4)	13(8.1)
출산경험			
초산	21(5.8)	34(8.5)	6(6.4)
둘째아	9(7.6)	26(8.2)	13(9.8)
셋째아 이상	4(22.2)	6(8.0)	4(12.1)
부의 학력			
고졸 이하	9(7.8)	16(9.7)	9(14.1)
전문대 이상	25(6.6)	50(7.9)	14(7.2)
경제적 상황			
잘사는 편	2(2.6)	9(6.5)	3(7.1)
보통	27(7.1)	51(8.4)	17(8.5)
어려움	5(12.8)	6(13.3)	3(18.8)

연령집단별 출산결과의 분포를 살펴보면 전반적인 패턴은 전체 응답자들을 대상으로 한 분석결과와 비슷하게 나타났다. 그러나 모의 학력에 따른 출산결과의 분포는 20십대 후반과 30대 초반 집단에서는 학력에 따른 차이가 사라지거나 혹은 오히려 고학력 집단에서 더 높은 이상 출산율을 보이기도 하였다. 이러한 결과는 학력수준의 효과가 출산 연령에 의해 상당부분 설명된다는 의미로 해석될 있음을 보여준다. 이와 같이 출산결과와 관련된 설명 변인들은 상호 간에 밀접하게 연관되어 있음을 시사한다. 그러므로 출산결과에 대한 설명은 생애과정 상의 여러 요인들의 복잡한 변화들에 대한 이해를 바탕으로 이뤄질 필요가 있을 것이다.

〈표 5-3〉 연령별 출산결과 이상(종합적 출산결과)

(단위: 명, %)

구분	20대 후반	30대 초반	30대 후반
계	80(16.1)	130(16.4)	49(18.9)
모의 학력			
고졸 이하	20(14.3)	35(16.4)	18(18.4)
전문대 이상	60(16.9)	95(16.4)	31(19.3)
출산경험			
초산	55(15.3)	61(15.3)	16(17.0)
둘째아	20(16.9)	55(17.2)	25(18.9)
셋째아 이상	5(27.8)	14(18.7)	8(24.2)
부의 학력			
고졸 이하	21(18.3)	30(18.2)	18(28.1)
전문대 이상	59(15.5)	100(15.9)	31(15.9)
경제적 상황			
잘사는 편	11(14.3)	18(12.9)	8(19.0)
보통	59(15.5)	101(16.6)	36(18.0)
어려움	10(25.6)	11(24.4)	5(31.3)

그러나 나머지 변인들은 각각의 출산결과 분포에서 비교적 일관된 패턴을 보여준다. 출산경험의 경우에는 출산경험이 많을수록 이상 출산율이 증가하는 것으로 나타났는데, 특히 20대 후반과 30대 후반 집단에서 초산과 셋째아 이상 출산 사이의 이상 출산율의 차이가 매우 크게 증가하였다. 이에 대한 설명은 연령에 따라 다를 수 있는데, 20대 후반의 경우에는 어린 나이부터 출산이 이어져 왔기 때문으로, 그리고 30대 후반의 경우에는 연령에 따른 출산 건강 악화 효과가 출산 경험의 횟수와 상호작용하면서 더욱 증폭되었기 때문이라고 판단된다. 더불어 많은 출산아 수는 낮은 사회경제적 지위와도 연관되어 있을 가능성도 존재한다.

한편 남편의 학력의 영향력이 일관되게 나타났다는 점은 흥미로운 발견이라고 할 수 있다. 출산결과에 대한 지금까지 많은 국내 연구들이 산모의 특성에만 주목했던 점을 고려해보다면 이러한 결과는 많은 함의를 담아내고 있다. 우선 남편의 학력 수준이 높다는 것은 가구의 사회경제적 지위가 높음을 의미할 수 있는데, 이러한 상황에서 건강관리와 관련하여 가용한 자원이 상대적으로 많다는 것에서 기인한 결과일 수 있다. 그리고 건강행동과 관련해서도 학력 수준은 건강 지식수준과 건강 행동에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있는데, 이러한 남편의 특성들이 부인의 긍정적 건강행동을 유발하는데 도움을 주었을 가능성이 높다. 또한 앞서 통계청 자료 분석에서 나타난 남편의 연령효과에 나타났듯이, 남편의 건강상태가 직접적으로 임신 및 출산에 직접적인 영향을 미쳤을 가능성도 있다고 판단된다.

이 연구의 심층면접 결과에서도 유사한 사례가 나타났는데, 사례자 7의 경우에는 남편의 높은 건강 관심으로 인하여 임신 준비 기간부터 높은 수준의 관리를 받을 수 있었다. 교사로 재직 중인 남편은 어린 시절 가족의 암 사망을 경험하여 평소부터 건강관리에 대한 관심이 매우 높았다고 한다. 사례자 7은 임신 이전부터 정기적으로 건강검진을 받았으며, 식생활에 있어서도 인스턴트 식품을 피하고, 균형 있는 식사를 하여왔다. 임신을 준비하면서도 미리 임신 전 검진을 받았으며, 필요한 예방접종도 모두 마쳤다.

사례자 8: 아, 엽산제는 (임신 전부터) 먹고 있었어요.

조사원: 특별히 이유가?

사례자 8: 아니 우연히 마트 갔다가 신랑이 이런 영양제 이런 걸 워낙 좋아해서, 먹고 있으면 언제 생길지 모르니까 좋을 것 같다 그러가지고.

조사원: (간염예방접종을) 언제 하셨죠?

사례자 8: 저는 어렸을 때 했는데, 저는 항체가 있는 걸로... 미리 산전 검사도 받았거든요? 근데 신랑이.... (중략) 빨리 병원 가서 항체 검사하고 다 맞으라고 그래가지고 그런 것도 다 했어요.

이러한 결과들은 임신 전 출산건강 관리의 주체에는 산모뿐 아니라 남성 배우자 또한 포함되어야 한다는 사실을 보여준다. 이는 일반적으로 임신 전 관리는 주로 가정생활을 통해 이뤄지기 때문이며, 배우자의 상대 배우자에 대한 건강행동에 대한 지지는 건강행동의 수행을 더욱 원활하게 지원해주는 역할을 하기 때문이다.

2. 위험요인의 노출

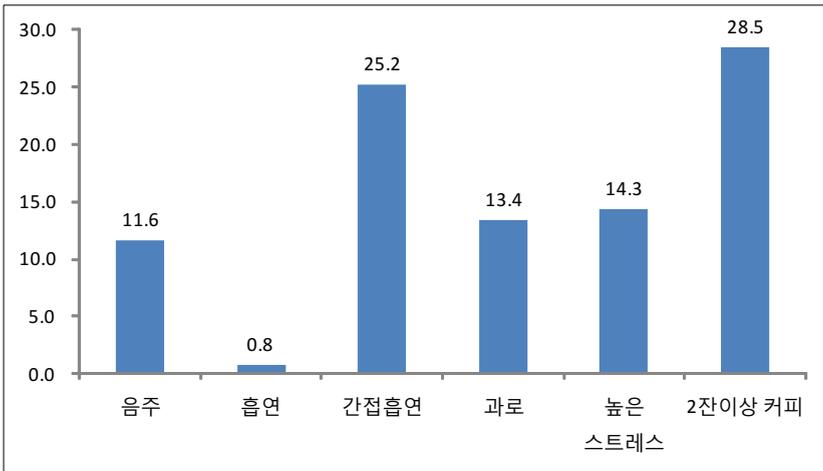
가. 성인기의 위험요인 노출

다음으로 임신 전 출산건강 관리와 관련하여 일반적으로 임신과 출산에 부정적 영향을 미칠 것으로 판단되는 위험요인들에 대한 임신 초기 노출 실태를 분석하였다. 전체 응답자들의 위험요인 노출 분포는 [그림 5-1]로 제시하였다. 분포를 살펴보면 하루 2잔 이상의 커피와 간접흡연에 대한 노출이 가장 높았으며, 다음으로 높은 수준의 스트레스와 과로 그리고 음주 순으로 나타났다. 흡연의 비율은 매우 낮게 나타났는데, 이는 일부 응답자들의 성실한 응답 회피에서 비롯되었을 가능성도 있다.

이상과 같은 위험요인들의 노출 빈도는 일상적 생활의 위험성을 나타내는 지표로 이해될 수는 있지만, 출산결과와의 인과성을 설명해주지는 못하다는 점을 고려해야만 한다. 이 연구에서 사용된 위험요인들 중에는 출산결과 이상을 유발하는 생의학적 메커니즘이 규명되지 않은 경우도 있으며, 또한 출산결과 이상이 하나의 위험요인 노출에 의해서만 유발된

다고 단정하기 매우 어렵기 때문이기도 하다. 더불어 위의 항목들은 위험 요인 노출에 대한 주관적 평가라는 점도 출산결과와의 인과성을 확인해 주지 못하는 이유기도 하다.

[그림 5-1] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도



그럼에도 불구하고 이 연구에서 사용된 위험요소 노출 정도는 출산결과 이상과는 뚜렷한 상관관계가 나타났으며, 조산과 산모의 이상을 제외한 다른 출산결과의 사례들은 통계적으로 유의미한 수준에서 정상 출산의 경우에 비해 높은 수준의 위험요소 노출을 경험한 것으로 나타났다. 그리고 조산 및 산모이상의 경우에서도 비록 통계적 유의도는 떨어지지 만 정상출산보다 더 높은 수준의 위험요소 노출을 나타냈다.

〈표 5-4〉 출산결과별 위험노출 정도

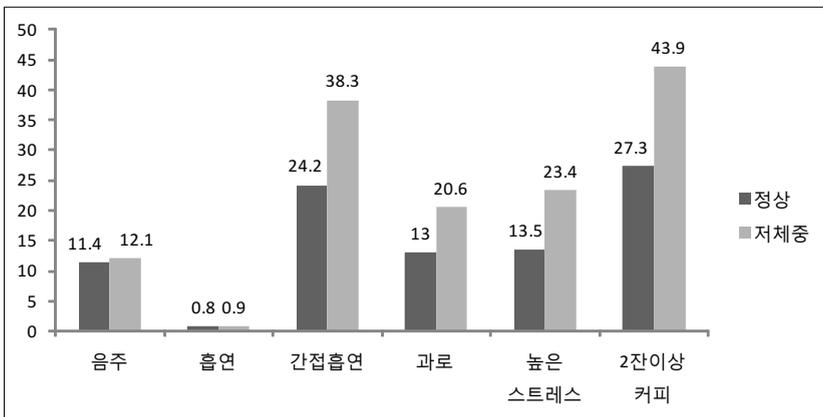
구분	조산	저체중	기타 신생아 이상	산모 이상	종합적 출산결과
정상 출산	0.92	0.90	0.91	0.93	0.91
이상 출산	1.08	1.39	1.27	1.10	1.05
F	1.955	16.772***	9.354**	1.587	2.811 [†]

[†]p<0.1, **p<0.01, ***p<0.001

이상의 결과에서 위험요인 노출과 출산결과 이상과의 상관성은 확인되었지만, 출산결과 이상의 내용에 따라 위험요인 노출 수준은 다르게 나타났다. 저체중아 출산의 경우에는 음주와 흡연을 제외한 다른 항목들에서 평균 노출정도에 비해 무려 50% 이상 높은 노출 정도를 보였다. 그러나 종합적 출산결과 이상에서는 평균적인 위험요인 노출 정도와의 차이가 상대적으로 크지 않은 것으로 나타났다.

[그림 5-2] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도 비교(저체중 출산)

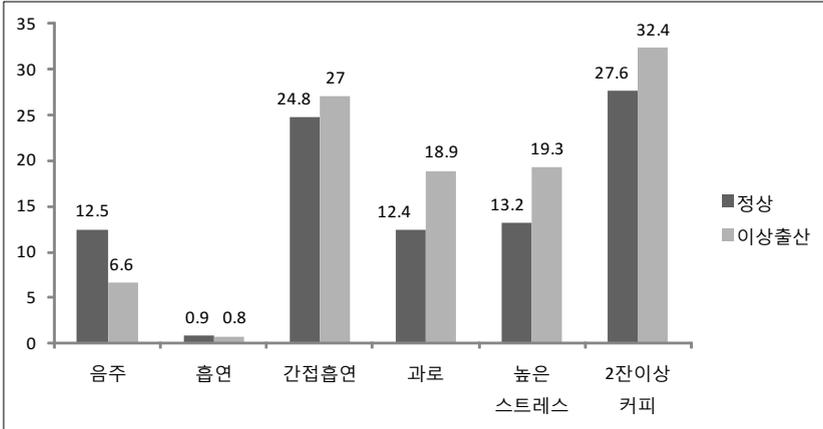
(단위: %)



주: 간접흡연 p<0.01; 과로 p<0.05; 높은 스트레스 p<0.01; 2잔 이상 커피 p<0.001

[그림 5-3] 임신 시작부터 임신 3개월까지 위험요인 노출정도(종합적 출산결과)

(단위: %)



주: 음주 p<0.01; 과로 p<0.01; 높은 스트레스 p<0.01

나. 청소년기의 부인계 질환

청소년기의 생식보건 관리는 임신 전 출산건강 관리에서 매우 중요한 부분을 차지한다. 특히 생식보건의 중요성이 강조되는데, 청소년기의 질병 경험이 성인기의 출산건강에까지 부정적 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 조사문항에서는 청소년기(고교 연령)의 부인계 질환 경험⁵⁾을 물었는데, 응답자의 24.4%(n=347)가 그렇다고 응답하였다.

비록 사례수는 작지만 청소년기 부인계 질환을 경험한 이들은 그렇지 않은 이들에 비해 이상 출산결과 발생률이 높았는데, 특히 조산과 기타 신생아 이상에서는 통계적으로 유의미한 차이를 나타냈다. 그리고 조산 대상을 초산으로 좁혔을 때는 그 차이가 더욱 커지는 것으로 나타났다.

5) 냉이 많거나 가려움, 생리불순, 생리과다, 심한 생리통, 질출혈, 기타 부인계 질환, 성병 등이며, 임신 의심, 임신 및 유산도 포함한다.

〈표 5-5〉 청소년기 부인계 질환 경험 사례의 이상 출산결과 발생 정도

(단위: 명, %)

구분	저체중	조산	기타 신생아 이상	산모 이상	종합적 출산결과
비경험	81(6.7)	87(7.2)	75(6.2)	55(4.6)	191(15.9)
경험	26(7.5)	36(10.4)	35(10.1)	21(6.1)	68(16.7)
χ^2	0.238	3.624 [†]	6.040*	1.258	2.656

†: p<0.1, *: p<0.05

한편 청소년기 부인계 질환 경험 사례들의 대처 방법에 따른 출산결과 의 차이에서는 큰 차이가 나타나지 않다. 이는 병의원 처치의 효과가 없어서가 아니라 해당 질환이 매우 중증에 이르렀을 때 병의원을 방문했기 때문으로 풀이된다.

부인계 질환은 조기 발견과 치료가 어려운 것으로 나타났는데, 그 이유는 청소년들이 산부인과 방문을 꺼리기 때문이다. 산부인과 방문에 대한 주위의 시선을 두려워하기 하지만, 경제적 어려움도 이유 중 하나로 작용하는 것으로 드러났다. 면접에 참여한 한 대학생 사례자는 다음과 같이 서술하였다.

사례자 13: (부인계 질환 발병률이) 예전보다 더 높아졌으면 높아졌지, 낮아지지는 않았을 거예요. 그래도 병원은 가지 않죠. 사람들 눈도 있고, 산부인과 가는 것이 두렵기도 하고요. 거기 가면 다 결혼한 여자들만 있잖아요. 그리고 치료비가 많이 드는 것도 이유예요.

조사원: 건강보험 적용하면 그리 비싸지 않지 않나요?

사례자 13: 산부인과 가면 다 보험 없이 한다고 들었어요. 연말에 (건강)보험에서 병원 방문 기록 보내잖아요. 거기서 산부인과 나오면 부모님한테 맞아죽죠.

고등학교나 대학교에 있는 보건실은 부인계 질환에 별다른 도움을 주

지 못하는 것으로 나타났다. 이는 보건실들이 진료와 치료의 기능이 없기 때문이다. 상담을 하기도 하지만 실제적인 도움을 제공하지는 못한다고 한다.

보건교사: 아이가 그런 문제로 상담을 찾아와도 해줄 수 있는 것이 거의 없어요. 그냥 병원 가보라고는 하지만, 대부분 가지 않죠. 그러니 자기들끼리 약국에서 약을 사먹거나, 참거나 그래요.

조사원: 나중에 심각한 장애가 될 수도 있다고 하면 어떤가요?

조사원: 저희 학교 지역 특성 때문에 그런지는 모르겠지만, 그런 문제가 있는 아이들은 집이 어려운 아이들이 많아요. 대부분이 자존감도 매우 낮은 편이거든요. '그냥 아이 안낳고 살래요'라고 하는 아이도 있었어요.

청소년기 생식질환의 발생은 성경험과 관련이 깊다고 여겨지고 있다. 그러나 심층면접에 참여한 한 여고 상담 교사는 지금까지 잘 알려지지 않은 내용을 이야기하여 주었다.

상담교사: 요즘 동성애 문제가 심각해요. 상담을 찾아오는 아이가 2주에 한번 꼴로 있다고 해도 과언이 아니에요. 남자랑 사귀는 것이 아니기 때문에 거부감이 상대적으로 덜 한 것 같아요.... (중략) 파트너는 성인들인 경우가 많은데, 아주 심하게까지 하는 경우도 만나봐요. 거기에 상처가 나고 그럴 거예요. 나중에 큰 문제가 될 수도 있는데 둔감해요.

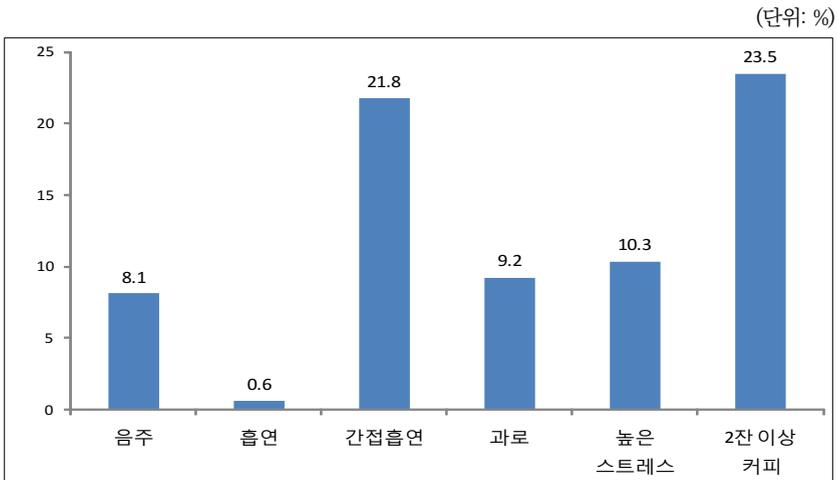
3. 계획임신과 피임

가. 계획임신과 위험노출

임신초기 일상생활에서의 위험요인 노출은 당사자의 노력에 의해 상당

부분 완화될 수 있는데, 이를 위해 가장 중요한 것은 계획출산이라고 할 수 있다. 계획된 임신은 사전적으로 임신 이전부터 위험요소의 노출 행동을 자제시키며, 위험 환경을 멀리하는데 노력을 기울이게 한다. 또한 임신 여부를 더욱 빨리 확인할 수 있도록 유도하며, 임신 초기의 위험요소 노출을 더욱 적극적으로 회피하게 만들어준다.

[그림 5-4] 계획된 임신 시 위험요인 노출



분석결과에서도 이를 확인할 수 있었는데, 계획임신으로 출산을 한 경우에는 위험노출이 0.74에 불과하지만, 그렇지 않은 경우에는 1.023으로 큰 차이를 나타내었다. 이러한 위험요소 노출의 수준의 차이는 통계적으로도 유의미하게 나타났다($F = 19.01, p < 0.001$).

조사원: 그러면 아이를... 첫째 아이 같은 경우요. 특히 신혼 초면 자주 하게... 술을 자주 하게 되잖아요. 남편 분하고.

사례자 8: 예... 술 먹고 애 가졌어요. 하하

조사원: 그러면... 이 아이... 첫 번째 아이 같은 경우는 8주였잖아요. 아이를 가진 다음에 8주 후에...(중략) 임신이란 걸 아셨는데, 혹시 그 사이에 술을 드신 적은 있으셨던 거 같으세요?

사례자 8: 한 번... 그때 중간에 휴가철이었어요. 그래서 휴가철에 가서. 아, 느낌은 나는데... (중략) 이게 긴지 아닌지 이게 (임신 테스트기에 임신) 표가 안 났다고 했잖아요.

계획되지 않은 임신에 따른 과로 등의 위험노출은 유산 등의 극단적 결과로 이어지는 사례들도 있기 때문에 실제 위험노출은 조사결과보다 더 높을 수도 있다. 실제로 심층면접에서 만난 유산을 경험한 사례자들 중에서는 계획되지 않은 임신 초기에 스트레스나 과로가 유산의 가장 큰 이유로 손꼽는 경우들도 있었다.

조사원: 유산의 가장 큰 원인은 그거(과로)라고 봐도 되겠네요?

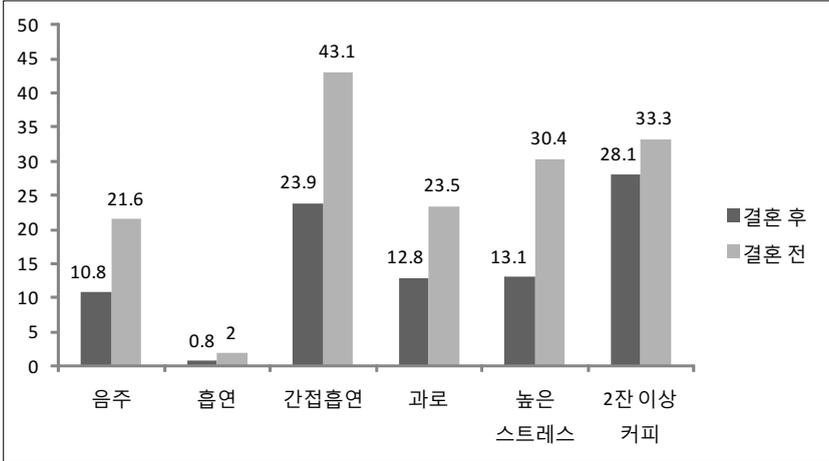
사례자 12: 그거도 있었고. 예. 과로. 그니까 부대 일도 있었고, 저도 신혼여행 갔다 오느라고 피곤했고, 그래서 (태아가) 자리를 잘 못 잡은 거 같아요.

우리나라 출산 동향에서 계획임신 수준이 가장 낮은 사례는 혼인 전에 임신을 하게 되는 혼전임신이라고 할 수 있다. 통계청 혼인통계를 살펴보면 2011년의 혼전임신은 약 4만 건 정도에 이르는 것으로 추정되는데, 이는 전체 출산의 9.6%, 전체 초산 중에서는 16.9%에 이르는 수치이다.

이 연구의 조사에서는 최근 출산 자녀의 혼전임신 여부를 묻는 임신시기에 관한 문항이 포함되어 있는데, 혼전임신의 경우에는 위험요소 노출 수준이 1.56에 이르는 것으로 나타났다. 이는 계획임신은 물론이고, 혼인 이후 임신의 위험요소 노출 1.16을 크게 상회하는 수준이며, 그 차이는 통계적으로도 유의미한 것으로 나왔다. ($F = 28.02, p < 0.001$)

[그림 5-5] 혼전 임신 여부에 따른 위험요인 노출정도 비교

(단위: %)



주) 음주 $p<0.01$; 간접흡연 $p<0.001$; 과로 $p<0.01$; 높은 스트레스 $p<0.001$

이 연구의 심층면접에서는 다수의 혼전 임신 사례들을 만날 수 있었는데, 위험노출과 관련하여 가장 심각한 경우는 혼전 임신으로 20대 초반에 출산을 한 산모들이었다(사례자 1, 사례자 2). 이들은 모두 임신 전부터 많은 양의 일상적 음주와 흡연을 하고 있었으며, 임신(수정)과 임신 사실을 알게 된 시점 사이에도 일상적인 음주와 흡연을 하고 있었다고 한다.

사례자 1: 아이를 갖게 된 것도 술 마신 날 생긴 거예요. 남자 친구와 보통 소주 4병 정도를 마셨는데 그날도 그랬어요..... (중략) 임신을 알기 전까지도 일주일에 두 번 정도는 그만큼 술을 마셨었죠.

조사원: 그럼 술을 마실 때도 흡연을 하셨겠네요?

사례자 1: 예 그렇죠. 술 마실 때는 더 피운다고 봐야죠. 하지만 임신 사실을 알고 나서는 술 담배 모두 끊었어요.

이들은 임신 사실도 상대적으로 늦게 알게 되었는데, 모두 월경 주기를

두 번 넘기고서야 임신을 자각하였다고 한다. 출산 결과는 정상이었다고는 하지만 많은 주의를 기울여야 하는 임신 초기에 상당히 높은 수준의 위험요인들에 노출되어 있었음을 짐작할 수 있다.

혼전 임신이 높은 수준의 위험노출로 이어지는 것은 앞서와 같이 20대 초반뿐만만의 문제는 아니라고 할 수 있다. 다음은 20대 후반에 임신을 한 여성의 사례이다.

조사원: 그러면(음주, 흡연이 임신기간과) 약간 겹치는 시기도 있었겠네요.

사례자 10: (흡연을) 했죠. 술도 먹었죠. 그 전날 내가 술도 많이 먹었으니까.

조사원: 그 전날이라면?

사례자 10: 산부인과 가기 전 날. 술 먹고 오바이트도 하고 막... 난리가 났었죠. 근데 이상한 거예요. 그 오바이트가 그 오바이트가 아닌 거 같고. 느낌이 딱 있잖아요. 내가 평상시에 했던 오바이트. 그거랑 느낌이 딱 이상해서 보니까 그렇다더라고요. 그래서 처음에 없애려고도 했어요.

나. 계획임신과 위험상황 대처

계획임신은 임신초기의 위험요인에 대한 노출을 줄이는 것 외에도 임신과 관련된 물질적, 심리적 준비를 하게 한다는 점에서 출산결과에 긍정적인 역할을 하게 된다. 계획임신은 일반적으로 배우자와의 동의 하에 이뤄지게 되고, 부모됨의 준비를 하게 한다. 그러므로 계획임신은 남편의 돌봄이나 가족 관계의 형성 등에서도 더욱 긍정적인 효과를 유발하게 된다.

그러나 계획되지 않은 임신의 경우에는 갑작스런 환경 변화에 대한 심리적 스트레스를 느끼게 할 뿐만 아니라, 임신 중에 만날 수 있는 예기치 않은 위험 상황에 대한 대처 능력을 저하시키는 것으로 나타났다. 심층면접에 참여한 사례자 10의 경우에는 임신 중 식도염으로 입원을 하게 되

었는데, 임신에 대한 지식이 없는 상황에서 의사 및 병의원에 대한 불만을 갖게 되어 병원을 여러 번 변경하게 되었다. 이 과정에서 적절한 처치를 받거나, 충분한 휴식을 취하지 못했던 것으로 판단된다. 또한 이러한 경험은 의사에 대한 신뢰를 낮추는 계기로 작용하였는데, ‘동네 산부인과 의’에서 처방된 약품의 복용을 거부하여 질환이 더욱 악화되었다고 한다. 산부인과 전문의의 의견에 따르면 사례자의 임신 사실을 아는 상황에서 처방된 약품은 임신부에게도 허용된 약품일 것으로 보인다. 더불어 이러한 경험들은 태아의 이상(횡경막 탈장)과 맞물려 임신에 대한 정보를 전문의와의 상담에서 얻기보다는 인터넷이나 인터넷으로 알게 된 회원을 통해 많은 정보를 스스로 찾게 되었다고 한다.

사례자 10: 지금도 카페 가입 되어 있어요. 여러 가지가 있어요. 카페에서 이제 아픈 얘기들 가지고 있는 엄마들 많거든요. 자기 표현을 안 해서 그렇지. 그냥 내 사연을 올렸어요. 이렇게. 그니까 이렇게 댓글 막 달더라고요. 그러면서 이제 통화도 하게 됐고. 그래서 그때 당시에 경주에 사는 언니가 밑에 댓글도 남겨 놓은 거예요. 자기는 딸인데, 탈장이었다고...

다. 피임

계획된 임신을 위해서 무엇보다 필요한 것은 올바른 피임이라고 할 수 있다. 그러나 심층면접 과정에서 만난 사례들 중 다수는 적절한 피임을 사용하지 않은 채 계획되지 않은 임신을 경험하였다고 한다. 이들이 피임을 사용하지 않거나 피임에 실패한 원인들은 피임 지식 부족, 피임을 위한 노력 부족, 피임의 중요성에 대한 인식 부족으로 구분되어진다.

○ 피임에 대한 지식

심층면접에 참여한 사례자 4는 결혼 생활 5년 동안 3번의 유산을 경험하고, 2명의 아이를 출산하였다. 첫 유산은 2008년 결혼 직전 임신으로 임신 7주차에 심장이 뛰지 않는다는 사실을 확인하였고, 그 후 첫 아이를 2009년에 출산하였다. 이후로 3번의 유산을 경험하였는데, 2010년에는 임신 초기에 계류유산을 하였다. 다음 임신은 2011년에 있었으나 임신부의 수두 감염으로 인한 심각한 기형으로 판정되어 유산되었고,⁶⁾ 2012년에는 자궁외 임신으로 인한 자연 유산을 경험하였다. 그리고 2013년에 아들을 출산하였는데, 출생 체중은 3.2kg, 임신 기간은 41주로 정상아 출산이었다. 이 사례자 스스로도 “결혼하고 나서 임신하고 유산하고 출산하고, 이것밖에 한 것이 없는 것 같다”고 할 정도로 지속적인 임신과 유산을 반복하였다.

이 사례자는 임신이 유산으로 끝난 후에도 충분한 준비 기간 없이 다음 임신으로 이어졌는데, 이로 인해 산모는 물론이고 배우자도 많은 신체적 심리적 어려움을 겪었다고 호소하였다. 그럼에도 불구하고 주기조절과 질외사정의 피임 방법만을 사용하는 등 임신을 미루기 위한 적절한 피임을 사용하지 않았다.

사례자 3: 제가 피임약을 먹고 피임을 하고 싶었는데요. 굉장히 기분이 안 좋더라고요요. 제가 그 호르몬에 많이 휘둘렸다고 그랬잖아요... 호르몬제를 먹으니깐 굉장히 성격이 까칠해지고, 호르몬제를 먹는 석 달 동안 부부관계가 한 번도 없었을 정도여서... 정말 너무너무 제가 기분이 안 좋고 애기 키우느라 그때 힘들기도 하고 그래가지고... 아, 도저히 나는 호르몬제는 못 먹겠다고. 그때 그렇게 포기를 하고.

6) 사례자는 자연유산이라고 하였으나, 인공유산을 택한 것으로 보이는데, 태아 기형인 경우에도 낙태가 금지된 우리의 상황에서 불법적인 기술을 실시한 것으로 여겨진다.

조사원: 그러면... 피임약을 드시는 것보다 다른 방법... 콘돔 사용이라든가...

사례자 3: 아, 그게... 좀 민망한데요... 근데... 콘돔을 사용하는 것도 제가 많이 힘들어했어요. 통증이... 근데 실제로 그 통증 때문에 사용을 못하는 여자분들이 꽤 있더라고요. 제가 그냥 친한 사람들끼리 얘기를 하다보면.

조사원: 그러면 혹시 여기(피임법)에 대해서 다른 상담 같은 거 받아 보시지는 않으셨죠?

사례자 3: 그게... 상담 받기 쉽진 않더라고요. 의사 선생님 앞에서 막 이렇게 얘기하기가...

이 사례자의 경우에는 아이를 3~4명 갖기를 원할 정도로 많은 아이들을 원하기도 했지만, 그럼에도 불구하고 피임의 필요성을 인식하고 있었던 것으로 보인다. 위와 같은 피임의 부작용을 경험한 이후 피임법과 관련된 산부인과나 비뇨기과 상담 등의 적극적인 대안을 구하지도 않았다고 한다. 마지막 아이 출산 이후에는 산모의 건강을 위해 배우자가 정관수술을 받았다고 한다. 이들 부부의 경우에는 피임에 대한 지식이 부족하였으며, 피임의 필요성을 절감하고 있는 가운데서도 적극적인 방안을 찾으려 하지 않았다. 인터뷰 상에서 나타난 남편과의 관계 등을 고려해보면 이렇게 피임에 소극적이었던 원인에는 남편의 협조 부족이 가장 큰 원인으로 작용한 것으로 보인다.

조사과정에 만난 또 다른 사례자 12(남성)는 앞서 사례와는 반대로 부인의 피임 지식 부족으로 계획하지 않은 임신을 한 경우이다. 24세의 비교적 젊은 나이에 결혼하였는데, 신혼 초 남편은 임신 시기를 조절하고자 하였고 배우자도 이에 동의하였다. 그러나 사례자는 피임에 대한 지식과 경험이 있었음에도 불구하고 배우자가 적극적인 피임행동을 하지 않았다고 한다. 이러면서 부부는 주기조절 이외에는 별다른 피임 방법을 취하지 않았으며, 이것이 임신으로 이어졌다. 임신에 대한 준비가 전혀 없던 상

황에서 배우자와의 갈등을 겪었으며, 결국은 태아가 유산되면서 심각한 부부 간의 갈등을 겪고 있다.

조사원: 피임 방법을 잘 알고 있으면서도, 왜 피임을 하지 않았나요?

사례자 14: 와이프가 전혀 경험이 없었어요. 저보고 알아서 하라는 식이었죠. 하지만 저만 경험이 많은 남자처럼 행동하는 게 참 어렵더라고요. 와이프는 가임기조차 몰랐던 거예요. 가임기가 아니라고 하더니 임신을 했어요. 피임은 혼자서 할 수 있는 게 아니더라고요.

위의 두 사례는 표면적으로는 피임 방법에 대한 지식의 부재에서 비롯되었다고 할 수 있지만, 이를 적극적으로 극복하고자 하는 부부 간의 노력의 부족도 계획하지 않은 임신이라는 결과를 낳게 하였다고 볼 수 있다. 또 다른 중요한 시사점은 부부 중 한쪽의 의지만으로는 피임이 효과적으로 이뤄질 수 없다는 점이다. 임신 전 관리에 있어서 배우자의 역할이 준비 행동을 이끌어 내는 데 영향을 미치는 것과 마찬가지로, 피임에 있어서도 남성의 역할은 매우 중요하다고 할 수 있다. 이는 피임에 대한 지식교육이 남성들에게도 필요하다는 것을 보여주며, 더불어 피임방법에 대한 지식뿐만 아니라 피임의 중요성에 대한 인식도 함께 이뤄져야 한다는 것을 보여준다.

○ 피임에 대한 인식의 부족

피임의 중요성을 인식하는 것은 피임에 대한 지식을 인지하고 이를 실천하는 데 매우 중요한 역할을 한다. 또한 중요성의 인식은 피임을 실천하기 위한 피임의 지식을 갖기 위한 노력을 기울이게 하기도 한다.

심층면접 과정 중에 사례들 중에서 만난 피임 부재로 인한 부정적 영향이 극단적으로 나타난 사례들은 혼전 임신으로 20대 초반에 출산을 한

경우들이라고 할 수 있다. 이들은 일상생활에서의 건강행동 행태와 피임에 대한 인식 부족으로 인하여 임신위험 요소에 지속적으로 노출되어 있는 것으로 나타났다.

사례자 2: 아이를 낳고 나서 지금은 술 담배를 다시 시작했어요....

조사원: 앞으로 아이를 더 낳을 계속은 없으신 건가요?

사례자 2: 아니요. 내년 3월쯤에 아이를 갖았으면 해요.

조사원: 그럼 어떤 피임 방법을 사용하시나요?

사례자 2: 안하고 있는데요?

조사원: 임신 이전에 피임도 해서 원하는 시기에 아이를 갖고, 또 임신 전에 엽산제를 먹는다면, 식생활을 조정한다면 그런 것들을 계획적으로 하는 게 필요하지 않을까요?

사례자 2: 아휴 그러면 스트레스 받아서 어떻게 살아요.. 아이가 생기면 별 수 없는 거죠 뭐.

그러나 피임에 대한 인식 부족은 단지 일부 특수한 경우에 국한되는 것이 아니라, 일반적 성인부부들 사이에서도 마찬가지로 나타나기도 한다. 이는 계획임신의 필요성을 크게 인지하지 못한 것에서 비롯된 현상으로 추측된다.

조사원: 둘째 계획은 있으세요?

사례자 11: 예. 있어요.

조사원: 언제로?

사례자 11: 일단 내년.

조사원: 실례지만 지금 피임은 하고 계세요?

사례자 11: 안 하고 있는데, 네...

조사원: 갑자기 또 생기면 어떻게 해요?

사례자 11: 글썄요. 그렇게 횡수는 많지가 않아서. 하하.

제3절 임신준비 지식과 임신 준비 행동

1. 임신 전 엽산제 복용

가. 임신 전 엽산제 복용 실태

엽산은 임신 중 태아 신경관 결손을 막아주어 기형아 발생을 줄이는데 중요한 역할을 하며, 임신 전 3개월부터 복용할 경우 그 효과가 더욱 높아지는 것으로 알려져 있다. 엽산제 복용이 조산의 위험성을 낮춰준다는 연구 결과도 있지만, 엽산 자체가 저체중아나 임신 성 고혈압이나 당뇨 등의 전반적인 출산건강을 증진시키는 영양분은 아니라고 할 수 있다. 그러나 임신 전 엽산 복용은 대표적인 임신 전 관리 행동으로 인식되어지고 있으며, 우리나라에서도 임신부에게 엽산을 무료로 제공해주는 등 엽산제 복용을 적극적으로 권장하고 있다.

그럼에도 불구하고 이 연구의 조사결과에 따르면 실제로 임신 전부터 엽산제를 복용하는 비율은 절반에도 못 미치는 43.5% 정도인 것으로 나타났다. 응답자들의 특성에 따라 임신 전 엽산제 복용률은 다르게 분포하는데, 출산 연령별로는 30대 초반 연령집단에서 엽산제 복용률이 가장 높은 45.3%로 나타났다. 그러나 각 연령집단 별 복용률의 차이는 큰 차이를 보이지 않았으며, 통계적으로도 유의미한 차이를 보이지 않았다. 출산결과 이상의 위험성이 높은 30대 후반 연령집단의 임신 전 엽산 복용률이 유의미하게 높지 않았다는 점은 다소 의외의 결과로 이들의 임신 준비 실태가 일반적으로 제대로 이뤄지지 않고 있음을 보여준다.

그러나 연령 이외의 다른 사회경제적 특성들에서는 모두 통계적으로 유의미한 차이들이 나타났다. 학력에 있어서는 고학력 집단에서의 임신

전 엽산제를 복용한 비율이 고졸 이하의 저학력 집단보다 월등히 높은 것으로 나타났다.

〈표 5-6〉 임신 전 엽산제 복용여부

(단위: 명, %)

구분	복용	비복용	χ^2
전체	674(43.5)	875(56.5)	
모의 출산 연령			
25-29세	207(41.7)	289(58.3)	
30-34세	360(45.3)	434(54.7)	2.227
35-39세	107(41.3)	152(58.7)	
모의 학력			
고졸 이하	169(37.5)	282(62.5)	
전문대 이상	505(46.0)	593(54.0)	9.442**
출산경험			
초산	408(47.8)	446(52.2)	
둘째아	224(39.4)	345(60.6)	15.603***
셋째아 이상	42(33.3)	84(66.7)	
임신 시 직업 활동			
있음	340(45.6)	405(54.4)	
없음	334(41.5)	470(58.5)	2.639
부학력			
고졸 이하	131(38.1)	213(61.9)	
전문대 이상	543(45.1)	662(54.9)	5.306*
경제적 상황			
잘사는 편	131(50.8)	127(49.2)	
보통	512(43.1)	677(56.9)	14.206***
어려움	29(29.0)	71(71.0)	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

출산 경험과 관련해서는 출생순위가 높아질수록 임신전 엽산제 복용의 경향이 뚜렷하게 낮아졌다. 임신 당시 직업 활동을 하고 있던 경우에는

그렇지 않은 경우보다 임신 이전부터 엽산제를 복용하는 비율이 높게 나타났다. 산모뿐만 아니라 배우자의 학력 역시 엽산제 복용에는 유의미한 영향을 미치는 것으로 드러났다. 한편 임신 당시의 경제적 상황과 관련해서는 잘사는 편이라고 답변한 경우에서 임신 전 엽산제 복용률이 분석 대상 변인들 중 유일하게 절반을 넘었으나, 경제적으로 어려움을 겪었다는 응답자들은 임신 전 복용률이 29.0%에 그쳐 큰 차이를 보였다.

나. 임신 전 엽산제 비복용의 이유

임신 전부터 엽산제를 복용하지 않았던 이유를 묻는 질문에서는 필요성을 몰라서 복용하지 않았다는 응답(36.0%)이 가장 많았으며, 임신계획이 없었기 때문이라는 응답(24.9%)과 음식을 통해 충분히 섭취하기 때문이라는 응답(18.4%)이 그 뒤를 이었다.

그러나 임신 전 엽산제 비복용의 원인은 각 특성별로 다소 다른 분포를 보였다. 우선 연령집단을 구분해보면 20대 초반에서는 임신 계획이 없어서 임신 전 엽산제 복용을 하지 못했다는 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 앞서 언급한 계획임신은 임신기의 위험노출을 줄일 뿐만 아니라 엽산제 복용과 같은 적극적 출산 준비행동에 긍정적 영향을 미칠 것으로 추측할 수 있다.

조사원: 아이를 갖기 전에 특별히 좀 준비하셨거나 그러신 건 있으세요? 엽산제를 먹거나? 뭐 체중조절을 하거나?

사례자 6: 그런 건 없었어요. 갑자기 임신이 되고, 임신이 됐으니까 이제 관리를 해야 되겠다 싶어서 급하게 인터넷을 알아보고 그랬더니 몰랐던 정보들이 꽤 많더라고요. 엽산제를 복용하는 게 필수라고. 그래서 엽산제는 어디서 구입을 해야 하는지(알아봤어요)....

〈표 5-7〉 임신 전 엽산 비복용 이유

(단위: 명, %)

구분	필요성을 몰라서	경제적 으로 어려워서	임신 계획이 없어서	음식을 통해 충분히 섭취해서	몸에 맞지 않아서	귀찮아서	기타
전체	315 (36.0)	16 (1.8)	218 (24.9)	161 (18.4)	29 (3.3)	82 (9.4)	54 (6.2)
모의 출산 연령							
25-29세	101 (34.9)	2 (0.7)	87 (30.1)	50 (17.3)	11 (3.8)	22 (7.6)	16 (5.5)
30-34세	165 (38.0)	11 (2.5)	98 (22.6)	71 (16.4)	12 (2.8)	50 (11.5)	27 (6.2)
35-39세	49 (32.2)	3 (2.0)	33 (21.7)	40 (26.3)	6 (3.9)	10 (6.6)	11 (7.2)
모의 학력							
고졸 이하	126 (44.7)	8 (2.8)	55 (19.5)	50 (17.7)	8 (2.8)	19 (6.7)	16 (5.7)
전문대 이상	189 (31.9)	8 (1.3)	163 (27.5)	111 (18.7)	21 (3.5)	63 (10.6)	38 (6.4)
출산경험							
초산	207 (46.4)	6 (1.3)	90 (20.2)	77 (17.3)	12 (2.7)	35 (7.8)	19 (4.3)
둘째아	90 (26.1)	10 (2.9)	83 (24.1)	77 (22.3)	13 (3.8)	44 (12.8)	28 (8.1)
셋째아 이상	18 (21.4)	0 (0.0)	45 (53.6)	7 (8.3)	4 (4.8)	3 (3.6)	7 (8.3)
임신 시 직업 활동							
있음	156 (38.5)	10 (2.5)	110 (27.2)	58 (14.3)	10 (2.5)	41 (10.1)	20 (4.9)
없음	159 (33.8)	6 (1.3)	108 (23.0)	103 (21.9)	19 (4.0)	41 (8.7)	34 (7.2)
부학력							
고졸 이하	85 (39.9)	5 (2.3)	53 (24.9)	38 (17.8)	6 (2.8)	15 (7.0)	11 (5.2)
전문대 이상	230 (34.7)	11 (1.7)	165 (24.9)	123 (18.6)	23 (3.5)	67 (10.1)	43 (6.5)
경제적 상황							
잘사는 편	35 (27.6)	0 (0.0)	35 (27.6)	26 (20.5)	7 (5.5)	17 (13.4)	7 (5.5)
보통	265 (39.1)	8 (1.2)	162 (23.9)	120 (17.7)	21 (3.1)	60 (8.9)	41 (6.1)
어려움	15 (21.1)	8 (11.3)	21 (29.6)	15 (21.1)	1 (1.4)	5 (7.0)	6 (8.5)

30대 후반 연령층에서는 음식을 통해 충분히 섭취하기 때문에 엽산제를 복용하지 않았다는 응답이 상대적으로 더 높게 나타났다. 그러나 30대 연령층의 식생활이 크게 다르지 않았다는 점을 고려한다면 이러한 응답은 엽산제 섭취에 그리 적극적이지 않았다는 점을 반영하는 것이라고 해석하는 것도 타당할 것으로 여겨진다.

학력 수준의 차이에 따른 응답 경향의 분포도 나타나는데, 고졸 이하 집단에서는 엽산제의 필요성을 몰라서 복용하지 않았다는 응답 비율이 명확하게 더 높았다. 이는 저학력 집단에서 임신 전 관리에 대한 지식부족이 임신 전 관리행동의 부재로 이어지고 있음을 강하게 시사하는 결과이다. 그러나 고학력 집단에서는 임신 계획이 없어서라는 응답이 상대적으로 높게 나타났지만, 전반적인 응답분포에서 뚜렷한 차이가 발견되지는 않았다고 할 수 있다.

출산 경험에 있어서는 조산에서는 지식 부족의 원인이 뚜렷하게 높게 나타났는데, 둘째 출산 이후부터는 이러한 응답 비율은 크게 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 대부분의 산모들이 첫 임신 이후에야 엽산의 필요성을 알게 되었다는 것을 의미하는데, 임신 전 엽산 복용의 필요성이 임신 이전의 여성들에게는 널리 알려지지 않았음을 반증하는 결과이다.

부의 학력도 임신 전 엽산 복용의 필요성에 대한 지식에도 일정 정도 영향을 미치는 것으로 보이는데, 남편의 학력이 고졸 이하인 집단에서는 엽산제 복용의 필요성을 몰랐다는 응답이 상대적으로 더 높게 나타났다. 한편 경제적 상황에 따른 응답 분포의 차이는 엽산제 복용의 문제가 경제적인 이유에 일정 정도 기인하였을 수 있음을 보여주는데, 임신 당시 경제적으로 어려웠다고 응답한 집단에서는 비록 사례수는 작지만 경제적인 이유로 엽산제를 복용하지 않았다는 응답의 비율이 11.3%로 전체 응답 1.8%보다 크게 높게 나타났다. 한편 경제적으로 여유가 있었던 집단에서

는 엽산제 복용의 필요성을 몰랐다는 응답이 매우 낮게 나타났다.

다. 엽산제에 대한 지식과 인식 그리고 복용 행동

이상에서 살펴본 사회경제적 특성에 따른 임신 전 엽산제 복용률과 복용하지 않은 이유의 분포들을 종합하여 보면, 엽산제 복용의 차이가 발생하게 되는 다양한 메커니즘을 추측할 수 있다. 첫째, 사회경제적 지위는 엽산에 대한 임신 전 지식수준에도 영향을 미치는 것으로 여겨지는데, 이는 자신뿐만 아니라 배우자를 통해서도 그 영향력이 나타나는 것으로 추정된다.

둘째, 첫 임신 이전에는 엽산에 대한 지식수준이 매우 낮아 엽산제를 복용하지 않는 경우가 많고, 엽산에 대한 지식은 많은 경우 임신 이후에 서야 알게 되는 것으로 나타났다. 이는 미혼여성들을 대상의 엽산제에 대한 교육이 시급하다는 점을 보여준다.

조사원: 아이를 갖기 전에 특별히 좀 준비하셨거나 그러신 건 있으세요? 엽산제를 먹거나? 뭐 체중조절을 하거나?

사례자 6: 그런 건 없었어요. 갑자기 임신이 되고, 임신이 됐으니까 이제 관리를 해야 되겠다 싶어서 급하게 인터넷을 알아보고 그랬더니 몰랐던 정보들이 꽤 많더라고요. 엽산제를 복용하는 게 필수라고. 그래서 엽산제는 어디서 구입을 해야 하는지(알아봤어요)....

셋째, 임신 전 엽산제 복용이 필요하다는 사실을 임신 이후에 알게 되더라도, 첫아이 출산 이후에는 그 필요성을 느끼지 못하게 되는 것으로 여겨진다. 이는 임신 전 관리와 관련하여 지식(knowledge)과 인식(perception) 사이에는 일정 정도 거리가 존재한다는 것을 시사한다. 이

는 엽산의 특성 상 복용 이후에도 그 효과를 몸으로 느끼지 못하기 때문인 것으로 추정되는데, 특히 정상아 출산 이후에는 엽산제 효과의 체험도가 크게 낮아지는 것으로 추측된다. 그럼에도 불구하고 학력 수준이 높은 경우에는 엽산제 필요성에 대한 인식 수준이 학력 수준이 낮은 집단에 비해 상대적으로 더 유지되는 것으로 해석된다. 다음은 두 아이를 출산한 고졸학력 사례자에 대한 심층면접의 일부이다.

조사원: 혹시 엽산은 드셨나요?

사례자 8: 큰애는 먹었어요. 큰애는 병원에서 해갖고 약국에서 사서 먹었고요.

조사원: 임신 후에 병원에서 해가지고 약국에서 구매를 하셨고요.

사례자 8: 예. 그리고 둘째 때는... 큰애 때는 뭐 비타민이니 뭐니 다 챙겨먹었어요. 하하하. 그런 거 다 철분제, 좋다는 철분제도 다 챙겨 먹고 그랬는데 둘째 때는 보건소에 가니까... (중략) 근데 둘째 때는 시간도 돼서(임신 후 시간이 지나고 나서) 가서 먹었어요. 근데 이게 안 맞는 거예요. 막 구토...

조사원: 어떤 거가요? 철분이요, 아니면 엽산이요?

사례자 8: 엽산이요. 막 구토 증세가 나고 그래가지고 그 후로 음... 가서 또 언지도 않고, 사먹을 생각도 안 하고.

조사원: 해보니까 그게 그거다... 싫으셨나요?

사례자 8: 예. 조금. 느낌이... 사먹을 생각도 잘(안하였고요). 그냥... 둘째는 그냥 그냥 키우는 거 같아요. 그니까 어떻게 보면 좀 미안해요. 이렇게 좀 더 챙겨줄 걸... 둘째는 (생각하면) 또 후회돼요.

이렇게 엽산제 복용과 관련하여 나타났던 임신 전 관리에 대한 지식, 필요성에 대한 인식, 그리고 임신 전 관리 행동 사이에 나타난 상호관계들은 다른 임신 전 관리에도 반영될 것으로 추측할 수 있다. 이에 임신 전 엽산제 복용 여부와 엽산 및 다른 임신 지식, 그리고 임신 전 준비 행동

사이의 상관관계를 분석하였다.

분석결과는 엽산제를 임신 전에 복용한 사람들은 엽산제를 복용하지 않은 집단에 비해 엽산지식수준과 임신 전에 알고 있던 임신에 대한 위험요인에 대한 지식수준 모두가 더 높은 것으로 나타났다. 또한 임신 준비 행동과 관련해서도 임신 초기의 위험요인 노출의 수준은 더 낮았으며, 건강 검사와 예방접종 등의 임신 전 준비 정도는 더 높았던 것으로 나타났다. 이는 엽산제에 관한 지식이 임신 전 엽산제 복용 행동을 유발하는데 긍정적 영향을 미쳤음을 보여주는 결과이며, 동시에 임신 전 준비에 대한 지식과 임신 전 준비 행동 수준 모두가 높은 집단이 존재하고 있음을 시사한다.

〈표 5-8〉 임신 전 엽산 복용과 임신 지식/임신 준비 행동 평균

구분	엽산 지식	위험요인 지식	위험노출	임신 전 준비 행동
전체	4.17	9.86	0.94	4.57
임신 전 엽산제 복용	4.93	10.41	0.83	6.03
엽산제 비복용	3.57	9.44	1.01	3.45
F	228.895***	17.157***	8.694**	625.283***

p<0.01, *p<0.001

2. 임신 전 관리에 대한 지식과 임신 전 관리 행동

가. 임신 전 관리 지식과 관리 행동의 분포

응답자들의 사회경제적 특성에 따라 임신 전 관리 지식 및 관리 행동 수준의 분포는 대부분의 비교에서 다르게 나타났다. 그러나 연령의 경우

에는 엽산에 관한 임신 전 지식수준에서만 통계적으로 유의미한 차이가 나타났지만 그 분포에서는 일정한 패턴이 발견되지 않았다. 비교 대상의 중간 연령 집단인 30대 초반 응답자들은 가장 높은 엽산지식수준을 보였지만, 30대 후반 연령집단과의 차이 수준은 크지 않았다. 그러므로 통계적 차이는 20대 연령층에서 엽산에 대한 지식이 낮다는 것을 보여주는 것으로 해석할 수 있다. 흥미로운 사실은 30대 초반 집단에서 임신 전 관리의 지식이나 행동 사이의 관계들이 일관되지 않다는 점이다. 엽산에 관한 지식과 임신 준비 행동 수준은 가장 긍정적으로 나타났지만, 위험요인에 대한 지식이나 위험 노출 수준은 오히려 가장 나쁘게 나타났기 때문이다. 이들은 초산 비율이 높고, 직장 생활을 하는 등 출산과 관련된 생애 전환기로써 여러 가지 특성들이 다양하게 분포하고 있기 때문인 것으로 여겨진다.

모의 학력과 관련해서는 고학력 집단의 위험요인 지식, 엽산지식, 임신 준비 행동 수준이 고졸 이하의 저학력 집단에 비해 높았으며, 임신 초기 위험 노출 정도는 더 낮게 나타났다. 하지만 위험 노출의 차이는 통계적으로 유의미한 결과를 보이지는 못하였다.

〈표 5-9〉 임신준비 지식 및 행동평균 분포

구분	위험요인 지식	엽산 지식	임신 준비 행동	위험 노출
전체	9.86	4.17	4.57	0.94
모의 출산 연령				
25-29세	9.77	3.99	4.41	1.04
30-34세	9.73	4.25	4.66	0.90
35-39세	10.46	4.23	4.59	0.85
F	2.645 [†]	3.054*	1.685	3.094*
모의 학력				
고졸 이하	9.48	3.92	4.08	1.00
전문대 이상	10.02	4.26	4.77	0.91
F	4.414*	10.512**	27.297***	1.930
출산경험				
초산	9.36	3.81	4.61	1.09
둘째아	10.30	4.57	4.65	0.74
셋째아 이상	11.29	4.75	3.94	0.79
F	14.040***	36.070***	4.914**	16.307***
임신 시 직업 활동				
있음	9.72	4.06	4.44	1.32
없음	9.99	4.27	4.70	0.58
F	1.318	4.838*	4.553*	161.425***
부학력				
고졸 이하	9.43	3.92	3.94	1.21
전문대 이상	9.99	4.23	4.75	0.86
F	3.884*	7.481**	31.508***	23.719***
경제적 상황				
잘사는 편	10.26	4.60	5.23	0.97
보통	9.85	4.10	4.50	0.88
어려움	8.97	3.72	3.61	1.50
F	2.825 [†]	10.628***	18.898***	12.487***

†p<0.1, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

출산경험은 그 분포의 방향성이 임신 전 관리 지식과 임신 준비 행동 간에 다르게 나타났다. 출산 경험이 있을수록 위험 요인에 대한 지식 및 엽산에 대한 지식수준은 높아졌지만, 임신 준비 행동은 셋째아 이상 출산에서는 오히려 더 낮아지는 것으로 나타났으며, 초산과 둘째아 출산 사이에는 통계적 차이가 나타나지 않았다.

사례자 3: 그니까 첫애 때는 모르니까 그냥 병원에서 시키는 대로 하는 것도 있었는데... 예... 뭐라 그러지... 이 BCG 주사인가? 이것만 해도... 첫째 때는 병원에서 그 피내형하고 도장형하고 설명을, 하나는 일본에서 만들어진 거고 비싼 거고 흉터가 안 남고, 하나는 흉터가 남는데 독일에서 만들어진 거고 무료입니다. 이렇게 설명을 하니까, 당연히 비싸도 흉터 안 남는 좋은 거 이려고, 큰애는 흉터 안 남는 걸로 해 줘야지 그러고... 딸이니까. 그렇게 했거든요. 그런데 둘째 때는 엄마... 다른 엄마들도 이제 큰애 덕분에 만나고 이러다 보니까 알고 보니까 피내형이 더 좋은 거더라고요. 그러니까 둘째 때가 좀 더 정보가 많아서...

조사원: 정보가 좀 더 많게 된 이유는 첫 아이가 영향을 미친 걸까요, 아니면 시간이 지나서 더 많이 알게 되신 걸까요?

사례자 3: 첫 아이가 영향을... 엄마들도 많이 알게 되고. 이제 큰애 키우면서 아무래도 아기에 대해서 경험도... 정보도 많이 들어오고... 그쪽으로 관심이 더 많이 생기니까.

이는 임신과 출산을 경험하는 과정 속에서 전체적인 지식수준은 높아지지만, 행동으로 이어지지 않는다는 사실을 보여준다. 감염 및 풍진에 대한 검사와 예방접종을 행동수준의 지표에서 제외할 경우에는 일정한 패턴이 사라지고, 그 차이도 통계적으로 유의미하지 않았다. 결과적으로 출산 경험으로 지식이 늘어났음에도 불구하고 이것이 실제 준비행동으로 이어지지 않고 있음을 확인시켜준다. 이러한 결과는 출산이 이어지면서

준비에 대한 주의가 무뎌지기 때문인 것으로 보이며, 한편으로는 아이의 양육을 맡고 있는 가운데 임신 준비가 쉽지 않다는 것을 보여주는 대목이기도 하다.

조사원: 그러면 둘째는 지식도... 경험도 더 하셨고, 지식도 더 많고, (직장생활을 그만두셔서) 시간도 있으신데, 상대적으로 그냥 덜 (임신)준비를 하게 되셨네요?

사례자 8: 예 더 덜 (준비를 했어요). 밥도 덜 챙겨 먹고... 큰애 같은 경우는.... (중략) 아침, 점심, 저녁 꼬박꼬박 챙겨 먹었는데, 둘째 때에는 큰애 하고 이렇게, 이렇게 하다 보니까 (큰 아이를 챙겨주고 나서) 밥도 그냥... 피곤하고 귀찮고 그러니까 그냥 대충. 이것도 대충. 그리고 살림해야 되니까 왔다, 갔다, 왔다 갔다... 힘쓰고 뭐하고... 재(둘째 아이)는 양수 터져서 병원 갔어요.

임신 당시 직업 활동 역시 임신 준비에 관한 지식과 행동 사이에서 다른 방향으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 통계적으로 유의미한 차이들을 보인 엽산지식수준과 위험노출 경험에서는 직업 활동 여성들은 엽산에 대한 지식수준과 위험노출 수준 모두가 그렇지 않았던 여성들에 비해 더 높았던 것으로 나타났다. 이는 직장활동 중에서 동료들로부터 더 많은 정보를 얻을 수는 있지만, 한편으로는 직장생활이 더 많은 위험요인에 노출시키게 한다는 것을 보여준다.

조사원: 그러면 임신을 하셨을 때, 임신을 하시기 전에, 특별히 준비하신 거 있으세요? 예를 들면 엽산 같은 거...

사례자 9: 엽산은 먹었어요. 왜냐하면...

조사원: 그 전부터?

사례자 9: 예. 그거는 다들 먹으라고 해서. 허허.

조사원: 누가 그러던가요?

사례자 9: 주변에 이제 직장 다니다 보면 직장맘들이 많잖아요. 워킹맘들이 많으니까. 그리고 특히나 이제 제 주변에는 저보다 일찍 결혼해서 저보다 일찍 애를 낳은 사람들이 많으니까.

조사원: 친구?

사례자 9: 예. 제 친구들, 동료들. 이런 사람들이 많으니까. 이것만은 꼭 해라. 해서 엽산을 꼭 권하더라고요.

조사원: 처음의 유산의 원인이 뭐라고 생각하세요?

사례자 5: 회사 스트레스요. 우리는 정말 심했거든요. 회사를 휴직하고 난임치료를 받으니까 바로 아이가 생기더라고요. 아이 체중이 적게 나온 것도 그거 때문일 거예요.

사례자 9: 뭐 회식자리 있으면 회식자리 꼭 가고. 술은 안 하더라도, 뭐 탄산음료를 마신다거나 뭐 이런 식의 걸로 조절을 하긴 했지만...

이상의 두 사례들은 모두가 고학력의 대기업에 사무직으로 취업하고 있었던 경우들이다. 그런데 근로환경이 상대적으로 더 열악한 직종에 종사하고 있을 경우에는 임신 중에 노출되는 위험이 더욱 높아질 것으로 추정된다. 다음은 임신초기에 피부관리샵에서 근무하였던 참여자의 사례인데, 사례자는 업소에서 사용하는 미용기기에 대해 많은 우려를 가지고 있었다고 한다.

사례자 10: 음이온... 아무튼 뭐 초음파든지, 그게 또 전기가 통해요. 그러니까 하는 말이 안정시기가 접어들 때까지 그 기계를 만지지 말라고 하더라고요. 저도 그거는 알고 있었어요. 그래서 안 만지려고 해도 그게 안 되거든요, 솔직히. 우리가 여자라도 어느 샵에 가면 손으로만 해주는 건 어느 한계가 있어요. 기계가 어느 정도 받쳐줘야지 모공 깊숙이 진피

층까지 흡수가 돼요. 영양분이, 영양이. 그렇기 때문에 안 할 수가 없어요. 그래서 조심조심하면서 했죠. 원래는 자기 손으로 다 만져 봐요. 음이온 통하는지, 초음파 안 통하는지. 근데 안 만져보고, 감으로. 그냥 기계만 딱 잡고. 기계 잡아도 전류는 흘러요.

사례자가 말하듯이 실제 해당 기기의 사용이 태아에 악영향을 미쳤는지는 확인할 수는 없다. 그러나 위의 사례는 단순직에 근무하는 여성들의 경우 위험노출을 스스로 통제하기가 매우 어려운 환경에 있음을 짐작하게 해준다.

나. 임신 전 관리 지식과 관리 행동 간의 상관관계

다음으로는 전반적인 임신 전 관리에 대한 지식과 관리 행동 간의 관계에 대해 살펴보았다. 앞서의 분석에서는 사회경제적 특성에 따른 임신 전 임신 지식과 준비행동의 수준의 분포만을 알아보았지만, 여기서는 개별 집단별로 임신 전 지식과 임신 전 준비 행동 간의 상관관계가 어떻게 다르게 나타나는지를 살펴보고자 한다. 이는 임신 전 준비에 대한 지식이 얼마나 준비 행동을 이끌어내고 있는가를 알아보기 위함이다. 만약 어느 특정 집단에서 지식과 준비행동 간의 상관관계가 높게 나타난다면 지식의 강화가 준비 행동을 더욱 긍정적으로 개선시키게 할 수 있을 것이다. 그 반대의 경우에는 임신 지식이 행동으로 옮겨지지 않는 원인들을 규명함으로써 임신 전 준비행동의 증진에 기여할 수 있을 것이다.

우선 임신 전 임신 지식과 임신 준비 행동 간의 상관관계는 <표 5-10>으로 제시하였다. 분석결과는 앞서 엽산제 분석과 마찬가지로 임신 전 임신 위험요인에 대한 지식이 높으면 임신 준비 행동도 더 많이 하게 되고, 임신 초기 위험 요인에 노출도 낮아지는 경향을 보이는 것으로 나타났다.

이는 임신 전 출산건강 관리에서 임신 지식이 매우 중요하다는 사실을 다시 확인해준다.

〈표 5-10〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(전체)

	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	.131(**)	-.161(**)
임신 준비 행동		1	-.240(**)
위험노출			1

그러나 이러한 상관관계가 모든 사람들에게 균일하게 나타나지는 않을 것이며, 이들의 사회경제적 특성들에 의해 상관성의 정도가 다르게 나타날 수도 있다. 다음 분석에서는 앞서의 분석 결과들을 반영하여 분석 대상을 특성별로 구분하여 이들 집단에서 나타나는 임신 전 지식과 임신 전 준비행동 간의 상관관계를 분석하였다.

〈표 5-11〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 학력 고졸 이하)

	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	.105(*)	-.143(**)
임신 준비 행동		1	-.294(**)
위험노출			1

〈표 5-12〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 학력 전문대졸 이상)

	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	.134(**)	-.167(**)
임신 준비 행동		1	-.215(**)
위험노출			1

산모의 학력 수준에 따른 상관관계를 분석한 결과 비교에서는 고졸 이하의 저학력집단의 위험요인 지식과 임신 전 준비 및 위험 요소 노출 간의 상관관계가 고학력 집단에 비해 낮게 나타났다. 앞서의 분석에서 제시되었던 이들의 낮은 임신 전 지식수준과, 지식의 낮은 준비행동 이행률로 인하여 이들의 임신 전 준비 수준은 더욱 열악해지고 있다는 것을 알 수 있다. 그러므로 고등학교 이전의 임신 보전에 대한 교육과 이를 통한 임신 전 관리의 중요성의 인식을 높이려는 노력이 요구된다고 할 수 있다. 더불어 이들이 가지고 있는 낮은 경제적 자원과 의료 서비스에 대한 낮은 접근성도 낮은 이행률을 만들어낸 요인이라고 해석된다. 이러한 장애요인들을 완화시킬 수 있는 정책적 노력이 병행되어야 할 필요가 있을 것이다.

다음으로 연령집단 별 상관관계 분석을 실시하였는데, 상관성의 분포는 연령집단에 따라 다양하게 나타났다. 20대 후반의 여성들의 경우에는 임신 준비 행동을 높이는 하였지만, 위험 노출에 대한 효과는 상대적으로 낮았다. 이는 음주, 직장생활 등 생활의 특성으로 인하여 20대 후반 여성들의 높은 위험요소 노출 정도의 탄성이 상대적으로 더 낮다는 것을 의미할 수 있다.

반면 30대 후반의 경우에는 임신 전 관리 지식이 임신 준비행동에 미치는 영향은 낮은 것으로 나타났지만, 위험 노출의 예방 효과는 높은 것으로 드러났다. 그리고 이들 중 건강준비 행동 수준이 높은 경우에는 위험노출을 낮추려는 노력도 상대적으로 더 크게 동반 상승하는 것으로 해석된다. 이들은 고령산모라는 특성을 갖는데, 고령 출산에 대한 위험성을 자각한 집단에서 임신 준비를 위한 건강행동에 크게 관심을 기울이기 때문으로 판단되며, 이러한 효과는 특히 위험 노출 예방에서 상대적으로 더 선명하게 나타나는 것으로 보인다.

〈표 5-13〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 연령 20대 후반)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	.169(**)	-.161(**)
임신 준비 행동		1	-.241(**)
위험노출			1

〈표 5-14〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(모의 연령 30대 후반)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	0.049	-.187(**)
임신 준비 행동		1	-.305(**)
위험노출			1

초산의 경우에는 임신 관리에 대한 지식이 임신 준비행동을 크게 개선시키는 것으로 나타났는데, 처음 임신을 준비하는 이들은 상대적으로 임신을 준비하려는 노력이 더 높다는 것을 의미한다. 그러나 위험 노출의 개선 효과는 상대적으로 작았는데, 이는 이들의 연령이 상대적으로 낮을 수 있기 때문에 앞서 20대에 대한 결과 해석과 마찬가지로 이들의 높은 위험 요소 노출에 기인한 것으로 추정된다.

그러나 첫 출산을 경험하고 나서는 임신 전 지식과, 준비 행동 및 위험 노출의 상관관계는 크게 낮아졌다. 일반적으로 출산 이후 임신 전 준비 및 위험 관리에 대한 인식도가 크게 저하되기 때문으로 해석된다. 더불어 육아에 대한 부담도 임신 전 관리 행동으로의 이행을 방해하는 것으로 추측된다.

〈표 5-15〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(첫째아 출산)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	0.179(**)	-0.165(**)
임신 준비 행동		1	-0.279(**)
위험노출			1

〈표 5-16〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(둘째아 출산)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	0.072	-0.135(**)
임신 준비 행동		1	-0.187(**)
위험노출			1

〈표 5-17〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(셋째아 출산)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	0.172	-0.052
임신 준비 행동		1	-0.238(**)
위험노출			1

마지막으로 임신 당시 직장 생활을 하고 있었던 여성들의 경우에는 임신 전 지식과 예방행동의 간의 상관관계가 매우 큰 것으로 나타났다. 이들은 일반적으로 더 높은 위험요소 노출의 가능성이 더 높은 집단인데도 불구하고, 이러한 결과가 나온 것은 임신 전 준비에 대한 인식이 높았던 이들의 경우 더욱 적극적인 예방 조치를 취하기 때문인 것으로 판단된다. 이들 중 일부는 직장동료 등을 통해 상대적으로 더 많은 임신관련 정보와 임신 준비의 건강행동에 대한 경험의 조언도 얻을 수 있는 것으로 보인다. 직장에서 임신을 준비를 위한 우호적 환경이 조성된다면 임신 전 준비 증진 효과는 더욱 증가할 것으로 예상된다.

162 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

〈표 5-18〉 임신 지식 및 준비 행동 간 상관관계(직장생활)

구분	위험요인 지식	임신 준비 행동	위험 노출
위험요인 지식	1	0.177(**)	-0.215(**)
임신 준비 행동		1	-0.311(**)
위험노출			1

이상에서 기술한 임신 지식과 임신 준비행동에 관한 연구결과들을 바탕으로 이들의 관계에 대한 다변량분석을 실시하였다(표 5-19 참조). 분석결과는 대부분 앞서의 분석결과들을 지지하는 방향으로 나타났는데, 임신 준비에 대한 지식수준이 높을수록 임신 준비 나 위험 노출의 회피 정도가 높은 것으로 나타났다. 이는 임신 준비에 관한 지식이 임신 준비 행동을 이끄는 중요한 기제라는 것을 확인시켜준다.

〈표 5-19〉 임신 준비 지식에 따른 임신 준비행동 및 위험 노출 정도

구분	임신 준비행동		위험 노출 정도	
	비표준화계수	표준오차	비표준화계수	표준오차
20대 후반	-.237	.169	.025 ***	.089
30대 초반	-.090	.154	-.020	.081
전문대졸 이상	-.374 **	.123	.056	.064
초산	.920 ***	.215	.028	.113
둘째아	.512 *	.213	-.038	.111
경제적 상황 보통	.736 **	.257	-.362 **	.134
경제적 여유있음	.361	.224	-.442 ***	.117
직업 활동	-.279 *	.116	.676 ***	.061
계획임신	1.219 ***	.121	-.185 **	.063
엽산 지식	.406 ***	.033	-.048 **	.017
위험 지식	-.006	.013	-.029 ***	.007
Constant	1.840 ***	.342	1.535 ***	.179
R ²	.209		.141	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

엽산지식이나 임신 위험요인 지식 등 임신 지식 이외의 다른 변인들의 영향력을 살펴보면, 임신 준비행동과 위험노출 정도에서 다소 간의 차이가 나타났다. 전자의 경우에는 고학력, 출산경험이 없는 경우, 비취업, 계획 임신의 경우에 임신 준비행동 수준이 높은 것으로 나타났다. 한편, 위험 노출에 있어서는 여유 있는 경제상황, 비취업, 계획임신의 경우 긍정적인 임신행동이 나타나는 것으로 분석되었다.

3. 임신 전 관리에 대한 지식의 습득 경로와 준비 행동

가. 임신 전 관리 지식의 습득 경로

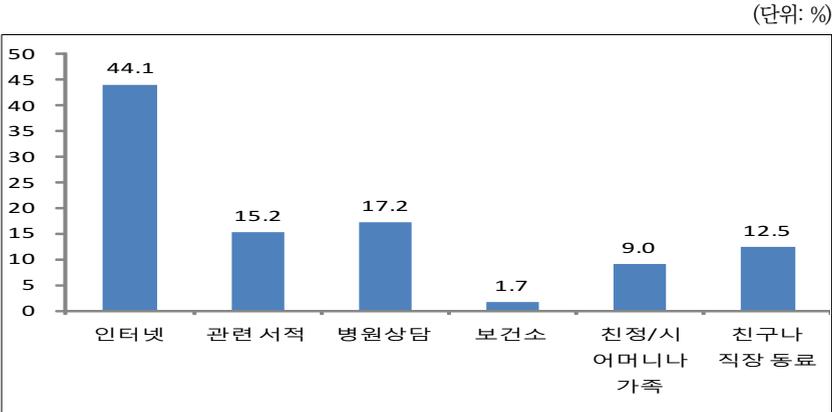
앞서 밝힌 바와 같이 임신 준비를 위한 지식은 그를 위한 준비행동을 이끄는 데 매우 중요한 역할을 한다. 그러므로 임신 준비의 수준뿐만 아니라, 습득된 정보의 신뢰성과 정확성 역시 임신 준비를 위해서는 매우 중요한 요인이 된다. 이에 이 절에서는 임신 준비 관련 정보들을 어떠한 경로를 통해 얻게 되는지를 살펴보고자 한다. 조사 자료에 나타난 응답자들이 가장 많이 이용한 임신 관련 정보 습득의 출처는 다음 [그림 5-6]으로 나타내었다.

응답 분포를 살펴보면 우리나라 임신부들이 가장 많이 이용하는 임신 관련 정보의 원천은 인터넷 카페 등을 포함한 인터넷인 것으로 나타났는데, 인터넷을 통해 가장 많은 정보를 얻었다는 응답 비율이 전체의 44.1%에 달하였다. 반면 병원 상담이나 보건소 등의 공식적 의료 서비스를 통해 임신 지식을 얻는다는 비율은 모두 합쳐 20%에도 미치지 못하는 것으로 드러났다. 이는 우리나라 여성들의 임신 준비를 위한 정보 수집 등 적극적 임신 준비 행위가 그리 높지 않은 상황에서 접근성이 높은

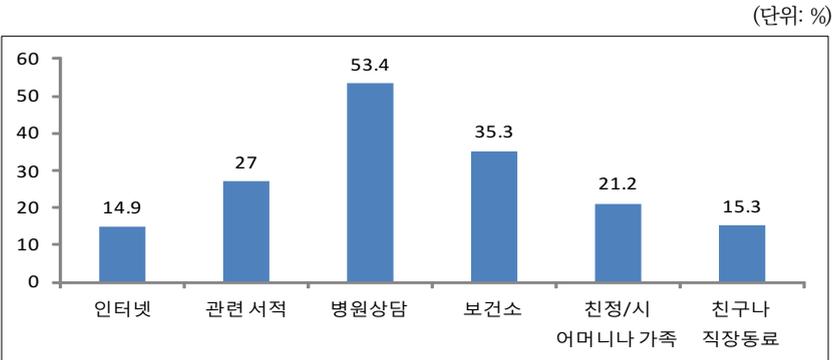
인터넷을 통해 지식을 얻는 경우가 대다수라는 것을 의미할 것이다.

그러나 인터넷 카페 등 인터넷을 통한 정보에 대한 신뢰성은 그리 높지 않은 것으로 나타났다. 인터넷, 서적, 병원 상담, 보건소, 친정/시어머니 등 가족, 친구나 직장 동료 등 6개의 정보 출처 항목들에 대해 정보의 신뢰성을 묻은 질문에서는 모든 항목에서 90% 이상의 응답자들이 ‘매우 신뢰 한다’와 ‘대체로 신뢰 한다’의 응답을 보였다.

[그림 5-6] 임신 관련 정보 습득 경로



[그림 5-7] 임신 정보 신뢰성 정도(매우 신뢰한다는 응답의 비율)



그러나 인터넷의 경우 ‘매우 신뢰 한다’는 응답 비율은 14.9%로 분석 대상이 되는 임신 정보 습득 경로 중에서 가장 낮은 수치를 보였다. 이렇게 인터넷을 통해 얻어진 임신 정보를 매우 신뢰 하는 경우는 병원상담이나 보건소 등의 공식 의료기관은 물론이고, 친구나 직장 동료 등 지인들을 통한 정보보다도 신뢰수준이 낮은 것으로 나타났다.

이러한 결과를 앞서 임신 관련 정보 습득 경로에 대한 응답 분포와 함께 판단하면, 우리사회의 예비 임신부나 임신부들은 비록 인터넷을 통한 정보에 대한 신뢰수준은 높지 않지만 인터넷에 의존하는 경향이 강하다는 것을 시사한다. 그리고 병원의 상담은 가장 신뢰하는 정보를 제공해주는 것은 있지만, 정작 실제 임신 준비에 있어서는 그리 많은 정보를 제공해주지는 못하고 있다는 사실도 함께 발견된다.

나. 임신건강 지식 습득의 인터넷 의존

예비 임신부들은 임신 이전뿐만 아니라, 임신 이후에도 카페 등의 인터넷에 의존해 많은 정보를 얻고 있는 것으로 심층면접 결과에서 확인되었다. 많은 사례자들은 임신 정보 습득을 위하여 인터넷을 이용하는 가장 큰 이유로는 쉬운 접근성을 들었는데, 병의원 상담에서는 얻기 힘든 생활 속에서 경험하는 세부적인 임신 관련 경험들에 대한 정보를 인터넷에서 얻을 수 있다는 점이 인터넷 정보의 가장 큰 장점인 것으로 보인다.

조사원: (인터넷에서 얻어진 정보들을) 많이 신뢰하세요?

사례자 12: 음... 아니요. 저는 병원을 더 신뢰를 하는데 사실 소소한 정보 이러한 거는 훨씬 많으니까요. 건강에 관한 거는 병원에 가서 물어보고요.

이 같이 인터넷이 세부적인 정보를 제공해주고 있는 것과는 대비되게,

병의원에서의 임신부와 의사 사이의 상호작용은 검진과 진단에 그치는 것으로 나타났다. 진단 결과, 다시 말해 이상 유무만을 들려주는 현재의 병의원 시스템에 대하여 많은 임신부들은 불만을 호소하였다. 특히 임신을 준비하는 여성들의 경우 수치로 대비되는 임신 전 검진 결과와 몇 가지 주의 사항에 국한되는 의사의 조언은 이들이 가지고 있는 많은 궁금증과 불안감을 충분히 해소시켜주지는 못하고 있다. 이러한 의료시설 이용의 한계는 상담에 대한 의료수가가 적용되지 않는 우리의 현실에서는 불가피한 현상일 것으로 해석할 수 있다.

사례자 6: 그 동안 병원을 다녔었지만 병원에 대한 불신이 좀 생기더라고요. 병원에서 이 말 다르고, 저 말 다르고. 게다가 병원에서 산모를 진정으로 생각해 주는 것 같지 않더라고요. 그냥 진료하러 가면 면담을 어쩔 때는 그냥 40초 이내로 끝내요. 제가 시간도 재본 적이 있어요. 너무 심한 것 같아서....

이렇게 한정적인 의사와의 교감 속에서 임신부는 스스로 임신 및 출산 준비에 대한 정보를 찾게 되고, 이 과정 속에서 인터넷에 대한 의존도가 높아지고 있는 것으로 보인다. 심지어 의사의 의료 서비스에 대해 임신부가 갖게 되는 불만들이 의사 및 병의원에 대한 불신으로 이어지는 경우도 나타났다.

출산물품 구입, 태고, 생활 조언 등 인터넷에서 제공되는 많은 임신, 출산에 대한 정보들은 자연스럽게 임신 건강의 영역에까지 확대되면서 공식적 의료 서비스 영역의 역할을 대체하게 된다. 이러한 과정들은 임신 준비 및 임신 과정 중 건강행동에 대해 자가판단을 내리게 되는 결정적 요인으로 작용하는 것으로 보인다.

그런데, 카페 등의 인터넷 이용 경험에서 공통적으로 발견된 흥미로운

현상은 인터넷 이용에는 ‘공감’의 정서가 밑바탕에 깔려 있다는 점이다. 임신과 ‘엄마됨’이라는 새로운 경험 속에서 임산부들은 많은 두려움과 어려움을 겪게 되는데, ‘나와 같은 사람들이 또 있다’라는 정서는 인터넷, 특히 인터넷 카페에 대한 이용도를 높이는 것으로 나타났다. 이러한 공감의 정서는 임신 건강 관련 정보에 대한 합리적 판단을 저해하는 한 요소로 작용하는 것으로 나타났다.

사례자 8: 인터넷, 급할 때 찾아보면 어쩔 때는 위안이 돼요. 아... 이런 사람도 있구나. 나하고 비슷한 사람도 있구나. 나만 이런 게 아니구나. 그런 거 있잖아요. 그리고 나보다 더 심한 사람도 있구나...

사례자 9: OOOO(인터넷 카페) 가서 보시면 아시겠지만, 남편에 대한 부분? 시어머니에 대한 부분? 욕이 엄청 많아요. 하하하. 그런 부분들이 있으면 심리적으로. 하하하.

이렇게 인터넷 카페 등 인터넷에 의존한 임신 건강 정보 습득은 임신준비와 관련된 건강행동 판단에서 심각할 수도 있는 부작용들을 낳는 것으로 드러났다. 인터넷 카페에서 얻는 임신건강 내용들은 대부분 자신의 경험을 적은 게시물 형태와, 그에 대한 회원들의 주관적 의견들의 댓글 형태의 게시물들이 주류를 이루고 있다. 이러한 글들은 댓글을 통한 의견 개진을 통해 정보의 타당성이 정제되기도 하지만, 다수의 댓글들에서 주관적 공감들이 이뤄지게 되면 사실로 받아들여지는 양상을 띠게 된다.

사례자 4: (인터넷 카페의) 잘못된 정보... 다 개인적인 얘기잖아요... 다 케이스 바이 케이스 다 다른데, 그거를 나랑 딱 나의 어떤 경우에 비춰보면 다를 수도 있는데 안 맞을 수도 있는 건데, 마치 다 맞는 것인양...

특히 인터넷 정보 원천의 대부분을 차지하는 인터넷 카페의 경우 앞서 설명한 바와 같이 이용자들 간의 '공감'의 정서가 강하게 작용하게 되면서 게시 정보의 집단적 지지 현상이 나타난다. 이러한 정서적 감흥은 개별 임신부들이 임신과 출산을 앞두고 경험하게 되는 두려움의 정서와 결합하게 되면서 검증되지 않은 공포를 확대시키는 경향도 함께 나타난다. 이를 통해 인터넷에 게시된 정확하지 않은 정보들이나 의견들이 검증된 사실로 받아지는 사례들이 발생하게 된다. 인터넷을 통한 임신 정보의 이용은 잘못된 정보의 이용, 정보의 자의적 해석, 개인적 경험의 일반화, 정보의 자의적 취사 선택, 그리고 절적인 처치 시기를 놓치는 등의 문제를 야기할 위험을 안고 있는 것으로 나타났다.

잘못된 정보의 이용 사례

전문의: 요즘 강남 어머니들을 중심으로 자연주의 출산이 유행하면서 산후조리원이나 집에서 출산하다가 제때 제대로 된 처치를 받지 못해 부작용으로 병원에 찾아오는 사례들이 많아요. 또 '돌라'라는 비의료인을 통한 출산도 늘고 있고요..... 요즘은 병원에서 하는 회음부 절개, 제모, 그리고 관장을 '임산부 3대 굴욕'이라고 하면서 안하는 사람들도 많잖아요. 얼핏 들기에는 좋아보이죠. (회음부 절개의 경우) 생살을 찢는다고 하니 얼마나 아프게 느껴지겠어요. 카페의 정보의 경우 편한 쪽으로 해석하고 받아들여려는 경향이 강해요.

사례자 6: 산모가 얘기하지 않으면 병원에서는 그냥 의사 편한 데로 하는... 그런 것도 있고. 또 촉진제도 마찬가지고요. 약물에 쉽게 아이가 노출되기 때문에 좋지 않은... 촉진제 이외에도. 자연분만 할 때에 빨리 출산을 하게 하려고 여러 가지 좀 주사를 놓는 편이에요. 그 중에서 대표적인 게 마취... 아니 마취제가 아니라 뭐라 그랬지... 어 진통제하고 더불어서 촉진제... 무통주사라는... 사실 엄마도 통증을 못 느끼고 그렇게 해

서 아이를 출산 하는 게 아이에게 힘든 일이거든요. 엄마가 진통을 느껴야 그거에 맞춰서 호흡을 하면 아이가 나오기가 쉽거든요. 그래서 아이를 생각해서 촉진제도 안 맞겠다, 무통주사도 안 맞겠다... 그렇게 한 거죠.

정보의 자의적 해석

사례자 2: 임신 8개월이 넘어가면서 체중이 너무 빨리 늘어나서 당황했어요. 그런데 000 카페를 보니깐, 출산을 잘 하려면 운동을 해야한다고 하더라고요. 그래서 막 몸을 돌렸어요.... 집안 일도 열심히 하고, 걷기도 많이 하고.... 그런데 너무 그랬나봐요. 조산기가 있다고 해서 병원에 입원했어요. 한달 반 정도. 병원에서는 너무 무리했다고 하더라고요.

위의 사례는 출산을 위해 운동이 필요하다는 내용을 살을 빼기 위해 운동해도 좋다는 것으로 판단한 것이다. 특히 조산의 위험성이 높은 시기에 갑작스런 신체 활동의 증가로 인해 출산 건강 이상이 야기된 사례이다. 인터넷을 통한 정보는 그 내용이 맞다고 하더라도, 맥락적 상황에 대한 설명과 전문가의 판단 없이 단편적 사실만이 제공될 수 있기 때문에 이용자들로 하여금 그릇된 건강 행동으로 이어질 위험성을 안고 있다.

개인적 특성의 일반화

사례자 9: 0000 카페에서 사례를 보면, 임신 전, 임신 초기에 ‘나 허리 아파 죽겠어요.’ 이런 얘기들이 되게 많이 나와요. ‘벌써 어질어질 해요.’ 이런 것들을 보면, 나도 같이 아픈 것 같고. 어우, 애 왜이러니... 하면서 이렇게 아파지는 거야? 막 이런 거 있잖아요. 막 ‘머리가 어지러워서 핑그르르 돌아요.’ 그런 것들. 이런 사례들이 되게 많거든요. 근데 사실 지금 지나고 보면 개네들이 너무 허약체질이었던 거야. 하하하. 너무 예민하고.

사례자 4: 아기 어떻게 낳았다. 어떻게 낳았다. 되게 공포 조장하는 거거든요. 결국에는. 엄청난 공포를 조장을 하는데... 저는 정말 안 맞는 거 같더라고요. 그런 것들은... 자세히 올라오는데, 실제적으로 다 사람마다 다르고. 저 출산은 엄청 쉽게 했거든요. 그런데 그런 것들이 좀 안 맞기도 하고.

적절한 시기를 놓치게 함

사례자 6: 제가 진통이 시작됐어요. 가진통이 좀 오래갔어요. 진진통이 아니라 가진통이라는 게 있는데, 가진통 때도 제가 이게 진짜일까, 아니면 가짜일까... 이런 것 때문에 제가 카페에 글을 올리면 엄마들, 경험자들 엄마들이 애기가 곧 나올 것 같다고 지금 바로 병원에 가시라고... 전혀 아니었거든요.... 그리고 나중에는 제가 아이가 굉장히 밑에까지 내려왔구나, 이런 느낌을 받았거든요...

조사원: 그러면 그 상황에서도 인터넷을 하고 계신 거예요?

사례자 6: 네. 하하

이상의 사례는 인터넷을 과신하면서 적절한 처치를 놓치게 되었다고 한다. 양수가 비치기 시작하고 진통이 시작되는 상황에서도 사례자는 인터넷에 글을 올리면서 병원 방문 시기가 맞는지를 알아보고자 하였다. 이렇듯 인터넷 정보는 언제든지 접근이 가능하다는 특성으로 인하여, 오히려 적절한 병의원 이용 시기를 늦추는 결과를 야기하기도 한다.

사례자 11: 한 입덧 끝나고 한 4, 5개월 되어서 두통이 굉장히 심했어요. 그니까 막 머리가 깨질 것 같이 너무 아픈 거예요. 두 조각 날 것처럼...(중략) 그 개월 수에 대한 임신 증상 같은 정보를 거기 OOOO 카페에 가면, 엄마들이 자기가 느낀 증상을 다 써놔요. 그러면 그런 거를 봐서 “아, 개월 수에 이런 증상이 있는 거구나.” 왜냐하면 그런 걸 몰랐으면 저는 병원을 당연히 갔겠죠. 잘못 된 게 아닌가, 왜 이런 증상이 있는지.

그거를 알고 정보를 습득하니까 이제 “아, 이게 원래 일어나는 증상이구나.” 하고 이제 참게 되는....

정보의 자의적 취사선택

조사원: 오빠 분(한의사)이 3-6개월 정도 텀을 가져라. 어떤 사람은 바로 임신해도 크게 지장은 없다. 이 지장이 없다고 하신 분은 어떤 분이세요?

사례자 12: 그거는 이제 그 뭐지? 네이버에 그 카페... 엄마들 많이 들어가는 카페에 그런 글들이 종종 올라와요. 사실 유산을 하면 되게 상실감이 엄청 나거든요. 그니까 그 다음에 바로 갖고 싶은데 의사는 좀 말리고. 예. 의사는 좀 말리고... 다른 분들은, ‘난 이렇게 계획하지 않았는데 바로 생겼는데 전혀 지장이 없더라.’ 뭐 이런 말씀도 있으시고... 그래서 저도 크게 몸이 괜찮더라고요. 예. 그래서 그냥 (중간 휴식기간 없이 바로 임신) 했죠.

인터넷의 게시글들은 개인적 경험들이 별다른 검증 과정 없이 게시되기 때문에 정보의 제공보다는 의견을 반영하는 성격이 강하게 나타난다. 특정 행동의 위험성에 대해서는 찬성과 반대 의견이 개인의 경험에 근거하여 나타나기도 하는데, 이 가운데서 일부 임신부들은 자신의 행동의 정당성을 부여하기 위해 자신의 결정과 동일한 의견을 찾기도 한다. 위의 사례자의 경우 병원은 물론이고 한의사인 자신의 오빠도 유산 이후 6개월 정도의 안정기를 갖는 것을 권유하였지만, 군인인 자신의 건강상태를 믿으면서 피임 없이 바로 다음 임신을 결정하였다. 그러한 자신의 결정이 위험하지 않았냐는 조사원의 질문에 인터넷 카페에서 자신이 의도적으로 선별한 것으로 보이는 일부 산모의 의견들을 예로 들면서, 자신의 임신 결정이 위험하지 않은 행동이었음을 주장하였다.

그러면 인터넷을 통해 얻는 임신건강 정보들을 신뢰하는 수준은 임신부의 특성들에 따라 다르게 분포하게 될까? 응답자의 특성별로 인터넷을

통해 얻는 임신건강 정보에 대한 신뢰도의 분포를 나타낸 <표 5-20>에 따르면 주관적으로 인식하는 인터넷 정보의 신뢰성에 대해서 별다른 차별성이 나타나지 않았다.

<표 5-20> 인터넷 정보 신뢰성 정도

(단위: %)

구분	매우 신뢰함	대체로 신뢰함	별로 신뢰하지 않음
전체	231(14.9)	1,177(76.0)	139(9.0)
모의 출산 연령			
25-29세	77(15.5)	375(75.6)	42(8.5)
30-34세	118(14.9)	603(75.9)	73(9.2)
35-39세	36(13.9)	199(76.8)	24(9.3)
모의 학력			
고졸 이하	69(15.3)	334(74.1)	47(10.4)
전문대 이상	162(14.8)	843(76.8)	92(8.4)
출산경험			
초산	136(15.9)	645(75.5)	72(8.4)
둘째아	75(13.2)	443(77.9)	51(9.0)
셋째아 이상	20(15.9)	89(70.6)	16(12.7)
임신 시 직업 활동			
있음	105(14.1)	570(76.5)	69(9.3)
없음	126(15.7)	607(75.5)	70(8.7)
경제적 상황			
잘사는 편	37(14.3)	201(77.9)	20(7.8)
보통	181(15.2)	889(75.6)	107(9.0)
어려움	13(13.0)	75(75.0)	12(12.0)

높은 출산 연령, 고학력, 출산경험, 임신 당시 직업이 있었던 경우, 경제적 상황이 어려운 편일 때 상대적으로 '별로 신뢰하지 않는다'는 응답이 상대적으로 높게 나타났지만, 그 차이들은 크지 않았으며 통계적 유의미성도 갖지 못했다. 더불어 응답 분포의 패턴도 앞서 건강행동이나 건강

지식의 분포와도 일치하지 않는 경우도 나타났다. 이러한 결과는 대부분의 임신부들이 임신 건강에 대한 인터넷 정보를 크게 신뢰하지는 않지만, 그렇다고 별다른 의심을 가지고 있지도 않다는 것을 보여준다. 그리고 이러한 경향은 임신부들의 학력, 연령 등의 차이에 거의 영향을 받지 않는 매우 보편적인 현상이라는 것을 반증한다.

이러한 결과가 나타난 또 다른 이유는 임신부들 대부분이 스스로 올바른 인터넷 정보를 취사선택 할 수 있다는 주관적 믿음을 가지고 있기 때문이기도 한 것으로 추측된다. 그러나 임신 및 출산에 대한 체계적인 지식이 없는 상태에서 인터넷 게시판에 올려진 글들의 정보 진위를 판단하는 것은 자신의 주관적 신념을 따르거나, 많은 사람들이 하고 있는 방식을 따라하는 것에 불과하다.

다. 임신건강 지식 습득 경로와 임신 준비

지금까지 기술한 바와 같이 우리사회 임신부들의 임신건강 준비는 높은 인터넷 의존도와 상대적으로 빈약한 공식 의료부문 이용도의 문제점을 가지고 있었다. 그리고 대부분의 임신부들에게서 나타나는 인터넷 정보에 대한 높은 신뢰수준 역시 임신건강 관리에 부정적 영향을 끼치는 문제점으로 지적될 수 있다.

그런데 임신건강 관련 정보 습득의 경로는 임신건강 준비행동이나 지식수준과 일정한 상관관계를 보이는 것으로 드러났다. 다음 <표 5-21>은 가장 많이 이용한 임신건강 지식 습득 경로에 따른 임신준비 행동이나 임신건강 관련 지식수준의 차이를 나타내었다. 분석결과를 보면 병원 및 보건소를 통해 가장 많은 임신건강 관련 지식을 얻었다는 응답자들의 임신준비 행동과 임신건강 지식이 가장 높은 수준으로 나타났으며, 주로 인터넷이나 가족 및 친구 등 지인을 통해 임신 건강 지식을 얻은 응답자들은

상대적으로 낮은 수준의 임신 준비 행동과 임신건강 지식 분포를 보였다. 이러한 차이들은 모든 항목에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다.

〈표 5-21〉 가장 많이 이용한 임신건강지식 경로에 따른 임신준비 수준 차이

구분	임신 준비 행동	위험요인 지식	위험 노출	엽산 지식
전체	4.58	9.89	0.93	4.17
인터넷	4.53	9.80	1.00	4.20
병원 및 보건소	5.39	10.13	0.80	4.60
관련 서적	4.84	10.42	0.81	4.36
가족이나 친구	3.78	9.47	1.00	3.61
F	25.898***	2.313 ⁺	3.355*	16.354***

+p<0.1, *p<0.05, ***p<0.001

이상의 결과는 병의원이나 보건소 등 공식 의료영역을 통한 임신지식 습득이 임신을 위한 건강행동에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 의미할 수 있다. 다른 한편으로는 임신건강 준비에 대한 인식 수준이 높은 사람 들일수록 병의원이나 보건소를 통해 적극적으로 건강지식을 수용하고자 한다는 것을 의미할 수도 있을 것이다.

이를 다른 관점에서 해석해보자면 인터넷이나 지인을 통한 건강정보 습득은 임신건강 준비행동과 임신 건강 지식수준에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 또 다른 맥락에서는 이러한 인터넷이나 지인 등 경로를 이용할 경우 상대적으로 열악한 임신건강 준비행동을 더욱 악화시킬 수 있음을 시사한다.

특히 특정한 집단들 사이에서는 매우 위험한 임신 지식이 경험지식으로 통용되고 있는 것으로 나타났다. 이들은 학력 수준이 낮았고, 또한 건강행동에 대한 인식도 매우 낮다는 특성들이 있었다. 이러한 위험행동들

이 특정 집단 내에서는 일종의 행동문화로 작동하여 주위의 사람들의 위험 지식들을 비판 없이 수용하고, 이를 따르게 되는 위험성도 매우 높다고 판단된다.

사례자 8: 어... 둘째도 술은 안 먹었어요. 왜냐면 티브이 같은 데서 보면 술은 한 모금도 안 좋다고... 어떤 사람은 모유. 옛날 분, 똥 언니들, 다른 언니들, 다른 분 보면, 모유 안 나오면 맥주나 막걸리 먹으면 모유가 잘 나온다는 얘기가 있어요.

사례자 10: (음주가 괜찮냐고 의사한테) 내가 그렇게 얘기를 했죠. 괜찮냐니까, 아직 초기이기 때문에 그런 게 그게 영향이... 우리 (OO 지역은) 아직 미신 같은 게 없지 않아 있잖아요. 담배를 피는 건 태아와 상관없다, 술만 안 먹으면 된다. 그리고 엄마가 스트레스를 받지 않게 해주면 괜찮다... 그런 게 역수로 많아요.... (중략) 스트레스 받는 거보다 그게 마시는 게 더 낫대요. 낫대요. 의사도 그래요. 엄마 스트레스 받지 말고, 담배 피고 싶으면 피라고 그렇게 얘기를 해요. 의사들도. 엄마가 스트레스 받고 고민하고 그러면 애들한테 더 안 좋대요.

위의 사례에서 의사가 담배를 권했다는 것은 사실이 아닌 것으로 받아들여지지만, 일부 계층에서 음주와 흡연이 일반적이기 때문에 그 양을 줄이라는 의미에서 그렇게 이야기 했을 가능성도 배제할 수는 없다. 그리고 임신 중 음주와 흡연 등 자신의 그릇된 건강행동을 적극적으로 변명하기 위해 의사의 조언이라고 허위 사실을 이야기했을 가능성도 있다고 생각된다.

라. 임산부들의 임신결과 불안감과 약물이용

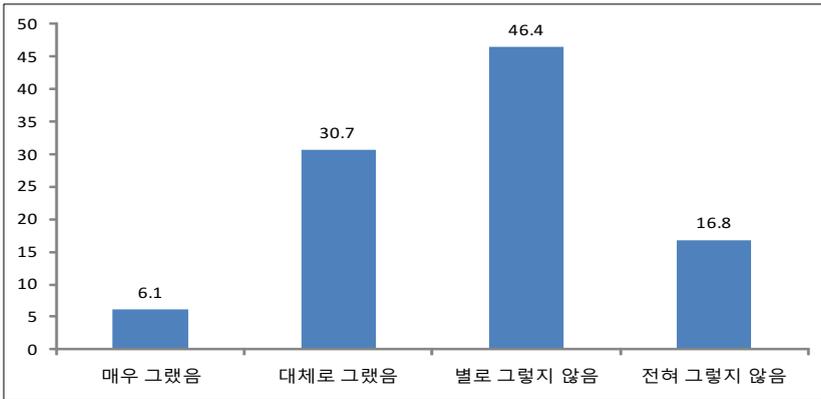
우리나라 임산부들은 임신결과에 대해서 매우 높은 수준의 불안감을 가지고 있는 것으로 나타났다. 응답 산모들의 92.1%가 건강한 아이를 낳

176 임신 전 출산건강 관리 실태 및 지원 방안

을 것으로 '매우 확신'하거나(28.1%), '대체로 확신하였다'(64.0%)고 응답하였다. 그러나 한편으로 출생아에 출산이상이 있을 것으로 걱정한 경우도 36.7%에 이르렀으며, 출산 이후 자신의 건강을 걱정한 경우도 51.8%로 나타났다(그림 5-8, 그림 5-9 참조).

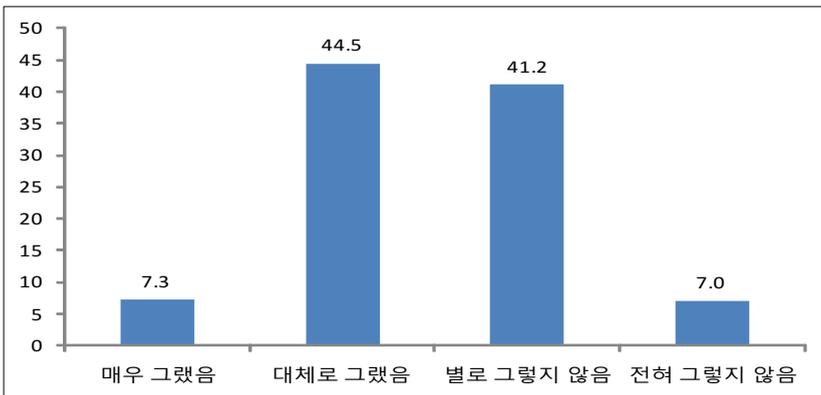
[그림 5-8] 임신 중 '아이가 정상이 아닐 수 있음을 걱정했다'에 대한 응답

(단위: %)



[그림 5-9] 임신 중 '나는 출산 후 나의 건강을 걱정했다'에 대한 응답

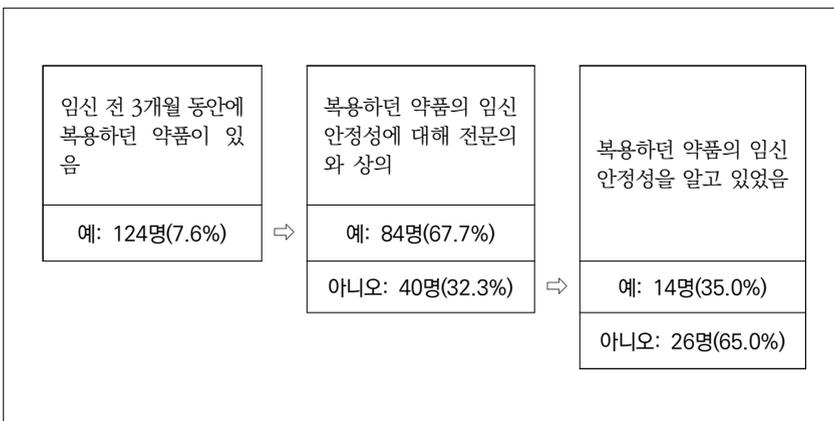
(단위: %)



그러나 이렇게 높은 불안수준에도 불구하고 임신부들이 이러한 불안감을 극복하기 위해 적극적인 조치를 취하는 경우는 그리 많지 않은 것으로 판단된다. 이는 앞서 임신건강 지식 습득과 관련하여 높은 인터넷 의존도와 낮은 병의원 이용도에서 간접적으로 나타났다.

특히 기형아 출산과 높은 상관성이 있을 것으로 여겨지는 임신 중 약물 복용 실태에 관한 조사 결과는 이러한 비적극적 행동 경향을 잘 보여주고 있다. 조사 대상 중 약 7.6%가 임신 이전 3개월 동안에 복용하던 약물이 있었는데, 이중 32.3%는 이의 임신 안정성에 대한 전문의와의 상담을 받지 않았던 것으로 드러났다. 또한 이들 중 65.0%는 복용하던 약품의 안정성을 모르고 있음에도 불구하고 전문의의 상담을 받지 않았다고 응답하였다. 이렇게 임신관련 약물 위험성에 노출된 이들이 전체 응답자에서 차지하는 비율은 약 1.7%로 그리 높지 않았다고 할 수 있지만, 이들은 임신결과 이상에 대한 고위험에 노출 되었을 가능성이 매우 높았다고 할 수 있다.

[그림 5-10] 임신부들의 약물 이용에 대한 전문의 상담 실태



이렇게 우리사회 임신부들이 갖는 높은 수준의 임신결과에 대한 불안감과, 위험노출에 대한 비적극적 대응 경향이라는 모순적 상황은 임신부들로 하여금 필요 이상의 약물 노출 거부 행동으로 이어지는 것으로 판단된다. 이는 이 연구의 심층인터뷰 사례들에서도 확인할 수 있었다.

조사원: 혹시 일부 여드름 치료제(이소트레티노인 성분)가 기형아 출산 등에 위험한 영향을 미칠 수 있다는 사실을 사모님은 알고 계셨나요?

사례자 14: 아마 알고 있었던 거 같아요. 임신부는 연고를 쓰면 안 된다고 (아내가 말)했는데, 그게 그 이야기였던 거 같아요.

조사원: 연고라는 건 어떤 것을 말하는 거죠? 일반적으로 우리가 쓰는 연고 모두?

사례자 14: 예. 한번은 와이프가 회사에서 종이에 손을 베었어요. 피가 많이 났다고 하더라고요. 그래서 (일반적으로 상처에 쓰는 연고) OOO를 사서 쓰라고 했더니, 안된대요. 임신부는 연고를 쓰면 안 된다면서요. 약이 몸속에 스며들어 아이에게 나쁜 영향을 미친다는 거예요.

위의 사례는 이소트레티노인 성분의 여드름 치료제가 유산이나 태아 기형에 영향을 미칠 수 있다는 사실이 대중들에게 잘못 알려진 사례로 판단된다. 심층면접에 참여한 전문의에 따르면 사례자가 언급한 일반적인 상처치료 연고들은 임신 안전성에 영향을 미치지 않는다고 한다. 이러한 임신 중 복용 약물에 대한 지식 부족과 불안감은 극단적으로 인공유산으로 이어지기도 하는 것으로 나타났다.

전문 2: 저희 병원의 임신부 약물 이용 상담 콜센터의 상담 사례들 중에서 추적 가능한 경우들의 출산결과를 알아보았는데, 임신 초기에 모르고 감기약을 복용한 것을 걱정한 임신부가 낙태를 한 경우가 나왔어요. 그 분이 말한 감기약 복용은 임신결과 이상에 아무런 영향을 끼칠 수 있는 것이 아닌데도 말이죠. 불안한 가운데 주위에서 물어보고 스스로 위험하

다고 생각한 거죠. 의사와 약간의 상담만 받았어도 그런 일(낙태)은 하지 않았을 거예요.

임산부들이 약물에 대해 갖고 있는 불안감은 약물 이용에 관한 지식의 부족과 임신결과에 대한 불안함이 같이 복합적으로 작용한 결과라고 할 수 있을 것이다. 이러한 약물 이용에 관한 두려움은 전문의와의 상의를 통해 상당 부분 해소될 수 있으며, 또한 약물 복용이 필요한 경우 적절한 약품과 적절한 용량의 복용을 처방받을 수 있다. 그러나 경제적 시간적 요인으로 의료기관 방문이 쉽지 않으며, 또한 간단한 상담을 위해 산부인과 진료를 받을 수 있는 적절한 환경이 조성되어 있지 않은 현실을 고려해본다면 전문가 의견을 손쉽게 얻고, 약물 복용을 상담할 수 있는 방안들도 모색해야할 필요가 있을 것이다. 현재 운용 중인 ‘마더 세이프’와 같은 프로그램을 더욱 활성화하고, 이러한 프로그램을 임산부들이 자주 이용하는 인터넷 카페 등을 통해 홍보하는 것은 전문의 상담에 대한 접근성을 높일 수 있는 효과적 방안이 될 수 있을 것이다.

제4절 임신 간 출산건강 관리(interconceptional care)

1. 임신 중단 이후 임신 전 관리의 실태

일반적으로 임신 전 출산건강 관리를 임신 경험이 없는 이들의 준비라고 해석하기 쉽지만, 출산이나 임신을 경험했던 여성들에게도 임신 전의 준비는 매우 중요하다고 할 수 있다. 앞서의 분석들에서 임신 간 출산건강 관리에 대한 논의는 출산을 경험한 여성들로 한정되었는데, 이전의 임신이 유산이나 사산 등의 이유로 중지된 경우에 대한 접근도 매우 중요하

다고 할 수 있다.

이 연구의 조사자료에서 가장 최근 출산 이전의 임신을 경험한 응답자들만을 대상으로 하여, 이전 임신의 결과에 따른 임신 전 준비 행동과 위험 노출 정도의 분포를 살펴보았다. 여기서 임신 전 준비행동에는 이전 임신 당시에 경험했을 가능성이 높은 감염과 풍진에 대한 검진 및 예방접종은 제외하였다. 분석결과를 보면 이전 임신이 유산이나 사산으로 마쳐진 경우에는 더 조심스런 임신 준비가 필요함에도 불구하고 오히려 위험 노출 수준은 더 높은 것으로 나타났다. 임신 준비 행동에서는 다소 높은 수치를 나타냈지만, 통계적으로 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

〈표 5-22〉 이전 임신 결과와 임신 전 준비

구분	n(%)	임신 준비 행동	위험 노출
전체	751 (100.0)	3.505	0.784
출산	663 (88.3)	3.498	0.736
유산, 사산	88 (11.7)	3.557	1.148

이러한 결과는 이전의 유산이나 사산의 경험이 임신 준비의 개선으로 이어지지 않고 있을 수 있음을 의미한다. 심층인터뷰의 사례들에서도 이와 유사한 사례들이 발견되었는데, 이들은 이전 유산 이후 특별한 임신 준비를 하지 않았다고 하였으며, 유산 이후 관리로는 한약을 먹거나 쉬었고 이야기했다. 이렇게 병원 상담 등과 같은 적극적인 유산 후의 임신건강 관리가 이뤄지지 않는 것은 우리사회의 정서에서 유산에 대한 책임을 산모의 탓으로 돌리는 분위기도 임신 전 관리를 적극적으로 개선하려는 노력을 가로막은 것으로 여겨진다. 실제로 심층면접 사례자들 중에서 유산을 경험한 이들은 대부분 유산의 이유를 ‘원래 자신의 몸이 약해서’라고 응답하였다.

조사원: 이거는 조금 뭐 약간... 사람에 따라 약간 민감할 수도 있는데.... (유산의 이유 같은 거 혹시 생각해 보신 적 있으세요?)

사례자 9: 음... 그때는 제가 너무 늙어서라고. 하하하. 그런 거 밖에는 생각이 안 들었어요. 사실. 난자의 문제구나. 하하하. 남자가 아니라, 제 난자의 문제구나. 내가 너무 늙어서 그렇구나. 그니까 한국 여성의 특유의 그런... 있잖아요.

조사원: 약간 좀 어려운 질문이기는 한데, 그... 아이를 갖기 힘들게 됐던 원인이 어떤 거라고 생각을 하세요? 본인이 보시기에?

사례자 5: 저는 이제 제 체력이 원래 이제 약한 편이어서 예... 그렇게 처음부터 임신이 잘 될 거라는 생각은 안했었거든요... 그래서 저한테 문제가 있다고 좀 생각은 해요.

조사원: 음. 임신... 결혼하시기 전부터 그런 생각은 좀 하고... 힘드셨을 거다?

사례자 5: 네. 그리고 제가 좀 예민한 성격이어서 스트레스... 자극이나 스트레스에 좀 많이... 음... 스트레스를 받고 아파하고 이런 스타일이었거든요. 그러니까 그러면 얘기가 많이 힘들다고 어른들이 많이 그러셔서...

2. 난임부부 시술과 임신 전 관리

이 연구의 진행과정에서 난임을 경험한 사례들 중에서 흥미로운 사실들이 일부 발견되었다. 사례자들은 자신의 경험과 주위의 난임시술 사례들을 이야기해주었는데, 거의 모든 사례들에서 임신 전 관리가 제대로 이뤄지지 않았다고 하였다. 이는 난임시술 과정에서 임신 여부에만 관심이 집중되면서 정작 임신 전 준비에는 소홀하게 되기 때문인 것으로 분석된다. 또한 임신 실패의 가능성이 있는 가운데서 임신의 준비에 심리적 부담을 느꼈을 것으로도 해석될 수 있다. 그러나 이들 대부분이 고령의 출산결과에 대한 위험성이 높다는 점에서 임신 전 출산건강 준비의 중요성

은 소홀히 다루져서는 안 될 것이다.

그리고 이들은 난임시술 과정 중에서 경험하게 되는 심리적 스트레스도 임신 이후의 대처를 가로막는 원인으로 지목하였다. 시술 과정은 반복적으로 이뤄지는 경우가 대부분이며, 이 때 여성은 물론이고 남편도 높은 수준의 스트레스를 경험하게 된다고 하였다. 이로 인해 소원해지는 관계로 인하여 막상 임신이 되었을 때는 남편으로부터 충분한 심리적 지지를 받지 못했다는 불만을 표시하였다.

또한 난임시술은 실패로 끝나는 경우가 많은데, 특히 유산의 경험은 매우 부정적으로 작용하는 것으로 보인다. 일반적 유산과는 달리 난임시술 과정 중의 유산은 본인은 물론이고 주위에서 난임의 과정으로 이해하는 경향이 강한 것으로 보인다. 이로 인해 유산 이후의 관리는 더욱 소홀해지는데, 시술 스트레스로 나타난 남편과의 갈등 등은 유산 이후 절적한 조치에 부정적 영향을 미치게 된다.

사례자 5: 제가 그동안 시험관하면서 초반에 됐다가 이렇게 몇 번 실패(유산) 했어요. 그러니까 계속 조심스러운 단계를 유지를 했었죠. 근데 또 중간에 초반에 전치태반이라고 하니까 다들 조금 이리다가 낳을 수 있을까 하는 마음으로... 하하

조사원: 그 (유산 후) 스트레스를 어떻게 감당하셨어요?

사례자 5: 못 풀었죠. 못 풀고 약간 우울증도 오고 했는데, 일부러 그래서 친구들을 많이 만나러 다녔어요. 사실 돌아다니면 안 된다고 하긴 했는데. 하하

조사원: 그 스트레스를 남편 분과 시어머니는 잘 모르셨을 것 같아요.

사례자 5: 네..

이러한 심리적 스트레스를 크게 경험하는 과정에서 부부 심리상담 등의 지원에 대한 필요성은 더욱 높아진다. 그러나 난임 클리닉을 운영하는 의료시설에서 이 같은 심리상담 서비스를 운영하는 사례는 극히 제한적

이라고 하였다.

사례자 5: 그... 주위에 이제 인공수정이나 시험관을 했던 그런 사례들도 좀 케이스를 들었고요. 그리고 이제 제가 병원을 좀 많이 옮겨 다니면서 시술을 받았는데, 000 병원에서는 그 정신과상담? 이런 걸 해줘요. 시험관을 하게 되면, 세 차례. 그래서 이렇게 상담을 받게끔 해줘요. 그런 스트레스를 안 받게... 결론적으로 그때 그래서 제가 임신이 되기는 했어요. 남편한테 못한 말 상담 선생님하고 좀 풀고, 거기서 약간 스트레스 해소도 할 수 있는 음악치료도 해주고 해요, 거기 자체적으로. 약간 도움을 받지 않았나...

조사원: 도움을 많이 받으셨다고 생각을 하시나요?

사례자 5: 네. 왜냐하면 시험관 시술 다 같아요. 하는 방식은. 그런데 그렇게 안 되다가 마지막으로 여기를 갔는데 좀 마음이 좀 편했다고 해야 되나요? 그런데 되더라고요. 저는 솔직히 포기를 한 상태였는데. 하하



제6장 임신 전 출산건강 관리 지원 방안

제1절 임신 전 출산건강 관리 지원 정책 방향

제2절 임신 전 출산건강 관리 지원 방안

6

임신 전 출산건강 << 관리 지원 방안

제1절 임신 전 출산건강 관리 지원 정책 방향

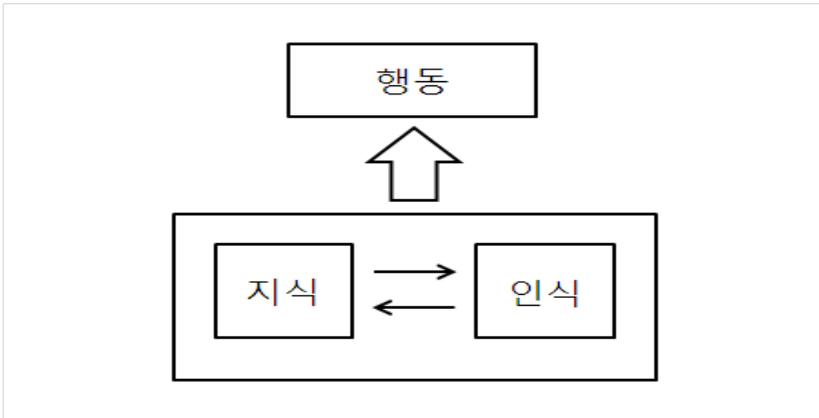
지금까지 이 연구는 임신 전 출산건강 관리(preconceptional care)의 관점에서 계획임신 및 임신 전 엽산제 복용을 포함한 임신 전 출산건강 관리에 관한 지식과, 실제 임신 전 출산건강 관리 행동 및 임신 위험요인 노출의 실태들을 살펴보았다. 이러한 임신 전 출산건강 관리는 출산 결과에도 영향을 미치는 것으로 판단된다.

임신 전 임신 지식과 임신준비 행동은 연령, 학력수준, 출산경험, 임신 시 직업 활동, 임신 시 경제적 상황 등 다양한 사회경제적 특성에 따라 다르게 분포하고 있었다. 이러한 차별성은 사회경제적 지위의 영향만으로 설명되는 것이 아니라, 여성들의 졸업, 직업 활동, 결혼, 출산 등의 생애 과정들과 밀접하게 관련되어 상호작용하는 것으로 나타났다. 이러한 임신 전 임신 지식과 임신준비 행동의 차이는 임신 전 관리와 관련하여 다양한 위험군들을 만들어 내고 있다.

이 연구의 분석결과들에서 나타난 중요한 사실은 임신 전 임신 지식과 임신준비 행동 간에는 일정한 상관관계가 존재한다는 것인데, 임신 관리에 대한 지식이 임신 전 관리 행동에 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 임신 지식수준이 바로 임신 준비 행동으로 이어지는 것은 아니었는데, 임신 전 관리의 중요성에 대한 인식이 임신 지식의 행동화로 이어지는데 중요한 역할을 한다. 한편 임신 전 관리에 대한 지식은 임신 전 관리에 대한 인식에 영향을 미치기도 하지만, 반대로 인식 수준이 지

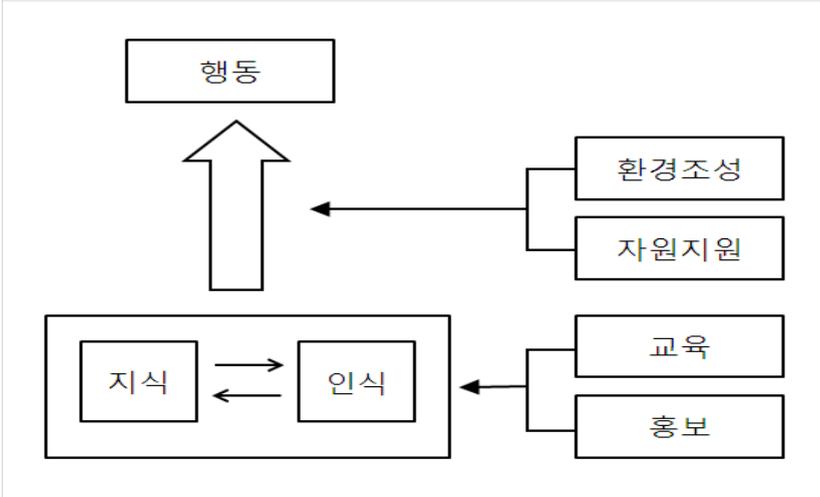
식수준에 영향을 미치기도 하였다. 임신 전 임신건강 준비에 대한 인식이 높을 경우 임신 관리에 관한 정보를 적극적으로 찾아 수용하였으며, 보다 신뢰성 있는 정보를 선택하여 그에 따른 임신준비를 실행하고 있었다. 이상과 같이 서술한 임신건강 지식, 임신건강 관리 인식, 그리고 임신준비 행동 간의 관계에 대한 개념도는 [그림 6-1]과 같다.

[그림 6-1] 임신 전 관리의 기본 요인들의 관계 개념도



이러한 임신 전 출산건강 관리에 대한 이해를 바탕으로 임신 전 출산건강 관리를 증진시킬 수 있는 정책적 방안들을 제시하면, 다양한 정책들은 크게 두 가지 방향성을 갖는다. 하나는 임신 전 관리에 대한 지식을 제공하고, 임신 전 관리의 중요성을 인식 수준을 높이는 교육과 홍보 정책이다. 특히 여기서는 학교 교육의 중요성이 강조되는데, 출산 건강의 일상적 내재화가 요구되기 때문이다. 또한 교육의 효과를 제고하기 위해서는 교육 여건을 개선하기 위한 정책들도 병행되어야 할 필요가 있다.

[그림 6-2] 임신 전 출산건강 관리 증진을 위한 정책 개념도



이러한 임신 전 출산 건강과 관련된 지식과 인식이 구체적 건강행동으로 반영되기 위해서는 건강행동에 대한 장애요인들을 제거하고, 건강행동을 실현하기 위한 서비스들에 대한 접근성을 증진시켜주기 위한 환경조성 정책과 자원 지원이 이뤄져야 한다. 이러한 정책들에는 출산건강에 직접적 영향을 끼치는 의료 서비스 영역에 대한 고려가 강조 되어야 한다.

이 연구는 임신 전 출산건강 관리 증진을 위한 다양한 정책적 방안들을 제안하고 있다. 이들 정책 제안들은 임신건강을 위한 지식, 임신 준비에 관한 인식, 그리고 실제적인 임신 준비 행동 간의 상호성에 관한 개념 모델에 기반하고 있다. 이러한 제안되는 정책들을 분류하면 <표 6-1>과 같다.

이와 같은 임신 전 출산건강 관리 증진을 위한 정책적 제안들은 다음과 같은 특성을 갖는다. 첫째, 임신 전 출산건강 관리 증진은 특정 위험군만을 대상으로 진행되는 것이 아니라, 전체 대중들을 대상으로 한다. 이러한 정책의 대상은 임신을 앞두고 있는 기혼 여성뿐만 아니라, 청소년 등

미혼여성과 임신과 출산 행동에 다른 한축을 이루는 남성들까지 그 범위가 확장된다. 이는 출산결과가 특정 시기에 경험되는 변인들에 의해서 결정되는 것이 아니라, 생애에 걸친 건강행동들의 누적적 결과이기 때문이다.

〈표 6-1〉 제안 된 임신 전 출산 건강 증진 정책들의 분류

영역	목표	내용
환경 조성	○ 건강행동의 이행 증진 ○ 준비 장애요인 제거	○ 부인계 건강 의료 검진 항목 포함 ○ 청소년 산부인과 이용환경 개선 ○ 난임시술 중 심리적 지지 제공 ○ 학교와 지역 의원과 연계성 강화
자원 지원	○ 임신 준비 경제적 지원	○ 상담 항목 건강보험 확대 ○ 고위험군 지원
교육	○ 임신 건강 관련 지식 제공 ○ 건강행동을 위한 인식 고양	〈교육 강화〉 ○ 학교 성교육 강화 (생식보건 포함) ○ 건강행동 인식 개선 교육 ○ 학교 상담 기능 강화 ○ 인터넷 등을 통한 전문가 상담 ○ 성인 대상 성교육 및 부부교육 ○ 직장 모성보호 방안 교육
		〈교육 여건 개선〉 ○ 교사 및 의사 교육 ○ 학교 상담 기능 강화 ○ 인터넷 환경개선
홍보	○ 대중적 정보제공, 인식개선	○ 지식에 대한 맞춤형 대중홍보 ○ 정책 정당성 홍보 ○ 가족과 직장 내 인식 개선

둘째, 임신 전 출산건강 관리 증진을 위해서는 의료 영역과 비의료 영역 간의 긴밀한 협조를 기반으로 한다. 이는 임신 및 출산과 관련된 건강 행동들은 복잡한 사회적 요인들이 생애과정을 통해 반영되기 때문이다. 정책 대상들의 다양한 사회경제적 특성들에 대한 이해를 바탕으로 실행되는 정책들은 임신 전 출산건강 관리의 예방적 효과를 더욱 높일 수 있

을 것이다.

마지막으로 임신 전 출산건강 관리 증진은 사회적 환경과 대중적 인식 개선을 통해 이뤄진다. 임신 전 출산건강 관리는 임신 예정 여성이나 그 배우자들만의 노력으로 이뤄지는 것이 아니라, 가족, 직장, 사회의 협조 아래서 더욱 효과적으로 실천될 수 있기 때문이다. 더불어 임신 전 출산건강 관리 증진을 통한 출산결과의 개선의 혜택은 우리사회 전체로 되돌아간다는 사실도 사회적 참여를 이끌어내는 중요한 근거가 된다.

제2절 임신 전 출산건강 관리 지원 방안

1. 보건 의료 서비스를 통한 임신 전 출산건강 지원

가. 직장 건강검진 프로그램에 생식보건 항목 포함

우리사회에서 미혼여성 혹은 기혼여성들은 부인계 질환이 없는 경우 산부인과를 방문하는 것을 매우 기피하며, 심지어 부인계 질환이나 이상이 느껴지는 경우에도 산부인과 방문을 기피하는 경향이 강하다. 이러한 가운데 여성들은 임신 후에서야 비로소 산부인과 의원을 방문하여 간염이나 풍진과 같은 임신 위험 질병들에 대한 검진이나 항체 검사를 받게 된다. 또한 임신 후에서야 처음으로 부인계 검진을 받으면서 자궁경부암이나 부인계 기관 종양 등의 검사를 받게 되는 경우도 상당수에 이르는 것으로 추정된다. 이에 따라 임신 이전에 예방적 임신 건강관리를 제대로 하지 못하게 되고, 심지어 늦은 병의원 방문으로 인하여 부인계 질환이나 이상으로 인한 임신위험에 노출되는 경우도 많다.

이러한 상황에서 개인들에게 임신 이전 산부인과 검진을 권고하는 것은 실효성이 매우 떨어질 수밖에 없을 것이다. 이렇게 평소 부인과 진료에 대한 거부감을 갖는 현실을 반영하여, 가입기 여성들로 하여금 산부인과 검진을 좀 더 손쉽게 받을 수 있는 제도적 장치를 마련하는 것은 임신 건강 증진에 매우 효과적인 방안이 될 수 있다.

이러한 맥락에서 일부 부인계 검진을 건강보험 기본 검진에 포함시키거나, 혹은 건강보험을 통해 검진 비용을 일부 지원해주는 방안을 마련할 필요가 있다. 특히 직장인의 경우 사업장에서 제공하는 건강검진 항목들에서 여성들을 대상으로 부인계 검진을 추가적으로 포함시키는 방안이 적극적으로 검토되어야 한다. 초음파 검사 등 현재 건강보험 검진항목 이외에 실제 생식보건에 기여할 수 있는 검진 항목들은 산부인과 관련 학회나 전문의 등과의 협의를 통해 결정되어야 할 필요가 있다.

나. 임신 전(pre) 및 임신 간(inter) 진료 항목 건강보험 조정

여성들이 산부인과에서 제공받는 의료 서비스는 대부분이 진료와 검진에 한정되면서 많은 여성들이 산부인과 이용을 기피하거나, 심지어는 의원 서비스에 대한 불신이 높아지는 것으로 나타났다. 임신을 하였거나 임신을 앞둔 여성들의 불안감과 임신 및 출산 준비에 대한 궁금증은 검진 및 진료 결과의 설명만으로는 충분히 충족될 수 없다. 그리고 이에 대한 불만은 여성들로 하여금 전문의료 기관을 통한 지식 습득보다는 인터넷이나 지인들 등 부정확한 정보에 의존하게 하는 한 요인이 된다.

이러한 측면에서 임신을 하거나 부인계 질환을 가지고 있지 않은 경우에도 산부인과에서 출산 건강 관련 의료 상담을 손쉽게 받을 수 있어야 한다. 그러므로 임신 전 혹은 임신 간의 비임신 여성들을 위한 임신 및 출

산 건강에 관한 상담 서비스도 건강보험 급여 적용 대상으로 지정하여 산부인과 전문의들이 더욱 많은 임신 및 출산 관련 정보를 제공할 수 있도록 지원할 수 있도록 해야 한다.

다. 지역 산부인과 상담기능 강화 방안

앞서 언급한 임신 및 출산 건강 관련 상담에 대한 건강보험 지원과 함께 산부인과 의원들의 임신 전 관리(preconceptional care) 관련 상담 역량을 강화할 수 있는 방안도 함께 마련되어야 한다. 이는 임신이나 출산과 관련 위험요인 노출이나 임신준비 관련 문제점들은 단순히 의료적 임상적 요인들뿐만 아니라, 여성들이 경험하는 일상생활의 영역들과 긴밀한 관계가 있기 때문이다. 더불어 비의학적 영역의 상담 기술은 생활 습관에 대한 권고를 더욱 현실성 있게 받아들이는 데 도움을 줄 수 있을 것이다.

특히 청소년 상담과 관련하여 가족, 친구, 학교 등 이들의 생활세계에 대한 이해는 매우 필수적이라고 할 수 있다. 산부인과 의원들이 기초적인 상담 교육을 받는다면 산부인과 상담의 효과는 더욱 증진될 것으로 예상할 수 있다. 그러므로 산부인과 학회나 의사협회 등이 주관하는 정부 인증 공식 인증 상담교육 프로그램을 마련하여 지역 산부인과 의사들이 이를 이수하게 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 또한 교육 프로그램의 개발 및 주기적 재교육 등을 통해 프로그램 운영의 내실화 방안도 함께 마련되어야 한다.

라. ‘우리 동네 상담 산부인과’ 제도 마련

우리의 현실적 의료 환경을 고려할 때 이상에서 기술한 부인계 건강검

진의 건강보험 급여 적용, 비임신 여성 대상 진료의 건강보험 급여 적용 및 이에 대한 항목과 수가 결정, 임신 및 출산 건강 상담의 건강보험 급여 대상 포함, 산부인과 의사들에 대한 상담 교육 프로그램 이수 등의 사항들은 모든 병의원에 대해 시행되기에는 많은 부작용이 따를 수 있다. 그러므로 우선적으로 지역의 산부인과 병의원을 대상으로 일정 기준을 충족한 병의원의 의사들이 상담 프로그램을 이수한 경우, ‘우리 동네 상담 산부인과’로 지정하여 이상의 방안들을 시행할 수 있다. 이는 임신 전 임신 건강관리 효과를 높일 뿐만 아니라, 많은 어려움을 겪고 있는 지역 산부인과의 활성화에도 기여할 수 있을 것이다. 또한 ‘우리 동네 상담 산부인과’ 제도를 바탕으로 학교 및 지역 기반 임신 건강 증진 프로그램들을 확대할 수 있는 효과를 기대할 수 있다.

마. 산부인과 진료 시 건강기록 익명성 보장 방안

미혼 여성 특히 미성년자 여성들의 산부인과 방문을 고무하기 위한 방안으로 산부인과 진료 시 건강기록의 익명성이 보장 되어져야 한다. 이를 위해 연말 건강보험 지급 내역에 대한 통보에서 산부인과 항목 제외를 위한 예외 규정이 마련되어져야 한다. 그리고 이 같은 내용은 학교 및 지역 사회에 적극적으로 홍보될 필요가 있다.

바. 고위험군 확대 지정 및 건강보험 지원

이상 출산 및 유산의 위험이 높은 고위험군의 경우에는 추가적 진료 및 검진을 받을 필요가 있다. 앞서 결과들이 제시한 바와 같은 고연령 임신, 저연령 임신, 습관성 유산, 출산 위험 질환 유병자, 저소득 계층 등에 대

해서는 임신 및 출산 건강 고위험군으로 지정하여 건강보험의 지원을 받는 추가적 의료 서비스가 제공되어야 한다. 이러한 서비스 개선은 임신 및 출산 고위험군 가족의 의료비 부담을 경감시켜 출산 건강 증진에 기여할 뿐만 아니라, 이들의 출산 기피를 완화시키는 효과를 기대할 수 있다.

사. 난임 부부 지원에서 심리적 지지를 위한 서비스 제공

현재 시행되고 있는 난임부부 시술에는 임상적 서비스 외에 대상 부부의 심리적 지지를 위한 서비스가 거의 제공되고 있지 않고 있다. 난임부부 시술 과정에서 부부가 많은 스트레스에 노출된다는 점을 고려하여 이들을 대상으로 한 심리상담 및 사전 부부 교육의 제공이 적극적으로 검토되어야 한다. 또한 난임시술 과정에서도 임신 전 출산건강 관리를 병행하기 위한 정보가 함께 제공되어야 한다.

2. 청소년 대상 학교 기반 출산건강 증진

가. 생식건강 교육 실시

청소년기는 성인기 생식건강의 형성에 있어 생물학적으로나 병리학적으로 중요한 시기이며, 더불어 건강인식을 형성하여 앞으로의 건강행동 방향성이 만들어지는 시기이기도 하다. 이러한 청소년기에 생식건강에 대한 기초적 정보와 이해를 제공하여, 스스로의 건강행동에 주의를 기울이게 하는 것은 임신 전 임신건강 관리의 가장 기초적인 토대를 만드는 것이라고 할 수 있다.

특히 청소년 대상 성교육 프로그램을 내실화하고, 생식보건에 관한 이

해를 갖출 수 있게 하여야 한다. 이를 위해서는 학교현장에서 실시되고 있는 성교육 프로그램에 생식보건에 관한 내용들이 포함되어져야 한다. 청소년기 학교를 통한 임신관련 지식들 전달은 우리사회 전반의 임신준비 지식수준을 높이는데 크게 기여할 수 있을 것이다. 더불어 교육 대상을 여학생들만으로 한정하는 것이 아니라, 남학생들에게까지 확대할 필요가 있다. 이는 남성도 임신과 출산 그리고 생식보건 증진의 중요한 주체라는 것을 이해하도록 하는데 기여할 수 있다.

성교육 내용도 계속적으로 새롭게 개선되어져야 하는데, 특히 청소년들의 성관련 생활 실태를 반영하는 내용으로 지속적인 업데이트가 이뤄져야 한다. 청소년들의 하위 문화에서 나타나고 있는 그릇된 정보나 행동들을 모니터링하여 이를 개선하고 잘못된 정보들을 바로 잡아주기 위한 노력을 기울여야 한다. 이러한 내용들은 청소년들의 성, 피임, 동성애 및 자위, 보건생활 및 건강관리, 식습관 등의 구체적 생식건강 관련 건강행동들을 포괄하도록 한다.

특히 생식보건 교육을 반영하는 성교육은 피임과 출산 건강 관리에 대한 지식뿐만 아니라 인식을 증진시키기 위한 교육 내용 및 교수법 개발이 필요하다. 이러한 인식개선 교육은 청소년들로 하여금 평생 건강관리의 중요성을 인식시키고, 여러 가지 위험인자에 노출되지 않게끔 건강행동을 증진시켜 스스로의 몸을 관리할 수 있도록 만드는 데 중점을 두어야 한다.

나. 청소년 대상 산부인과 이용 바우처 제공

우리나라 여성들은 부인계 질환이 있거나 임신이 아닌 상황에서 산부인과 방문을 꺼리는 경향이 강한데, 이는 임신 및 출산 건강을 악화시키

는 중요한 원인이 되고 있다. 특히 청소년들의 경우에는 산부인과 방문에 대한 주위 시선을 크게 의식하여 산부인과 방문을 더욱 기피한다. 이 때문에 부인계 질환을 가지고 있다고 하더라도 적절한 시기에 병의원의 처치를 받지 못하여, 계속 참거나 혹은 약품 구입 등 자가 처치로 대처하는 경우가 상당수에 이르는 것으로 추정된다. 이로 인해 질병이 더욱 악화된 후에야 병원에 방문한다는 사실도 이 연구의 분석결과에서 간접적으로 알 수 있었다. 이러한 청소년기의 생식보건 악화는 성인기 출산결과에도 직접적 영향을 미친다.

이러한 현실에서 정부에서 모든 청소년들을 대상으로 산부인과를 이용하여 산부인과 검진 및 상담을 받을 수 있도록 지원하는 것은 많은 효과를 거둘 수 있을 것이다. 특정 시기(예를 들면 중학교 2학년이 되기 전의 겨울 방학이나, 만 15세 생일 등)에 학교를 통해 산부인과 이용 바우처를 제공하여 산부인과 병의원 방문을 권고한다면, 학생들이 갖는 산부인과 병의원 방문에 대한 거부감이 한층 낮춰질 수 있다. 이는 학생들의 산부인과 검진 및 상담으로 인하여 질환을 치료하고 예방하는 데 기여할 뿐만 아니라, 학생들이 청소년기부터 자연스럽게 산부인과를 방문하게 하여 산부인과 이용에 대한 심리적인 거부감을 줄여 성인기 이용에도 긍정적 효과를 미칠 수 있다. 더불어 사회적으로도 청소년들의 산부인과 방문에 대한 편견을 줄이는 데도 기여할 수 있다.

다. 보건교사(양호교사) - 상담교사 연계성 강화

학교의 보건교사(양호교사)와 상담교사는 청소년들의 성 관련 건강행동 증진에 중요한 역할을 할 수 있다. 그러나 청소년의 성 관련 행동은 이성교제, 가족관계, 학업 스트레스 등의 일반적 생활들과 밀접하게 연관되

어 있기 때문에 보건과 상담의 분리는 결과적으로 학생들에게 적절한 생식보건 관련 지식과 상담을 제공하는 데 장애요인이 될 수 있다. 그러므로 상담교사들로 하여금 기초적 성 및 보건관련 지식수준을 높이는 것은 청소년들의 성 관련 건강행동 증진을 위한 효과적인 방안이 될 수 있다. 산부인과 학회나 의사협회 등을 통해 정부의 공식 인증 교육 프로그램을 이수하게 하는 방안을 마련할 필요가 있다. 더불어 보건교사들에게도 성 및 생식보건 관련 교육을 제공하는 방안도 검토 되어져야 한다.

3. 대학생 대상 대학 기반 출산건강 증진

가. 대학 내 상담 기관 간 연계성 강화

많은 대학들에는 보건소와 심리상담소 그리고 성폭력 상담소가 설치되어 있으나, 이들은 각기 분리된 역할을 수행하면서 체계적 연계성을 갖추지 못하고 있는 실정이다. 보건소에서는 간단한 처치가 주 역할이며, 전문 인력이 배치되지 않아 효과적인 생식보건 관련 상담을 기대하기 어렵다. 반면, 심리상담소와 성폭력 상담소는 심리 및 진로 상담, 법률 상담 등에 그 역할이 국한되는 경향이 강하다. 대학은 상당 부분 상담 및 보건 지원 체계를 갖추고 있음에도 불구하고, 그 연계성의 미비로 인하여 생식보건 증진을 위한 자원 활용 수준은 매우 낮다고 할 수 있다. 이러한 측면에서 이들 간의 연계성을 높일 수 있는 방안들이 마련되어져야 한다. 이러한 관리 및 상담 기능은 대학생들의 임신 및 출산 건강 관련 지식과 인식을 높이는 데 많은 기여를 할 수 있을 것이다. 더불어 대학병원이 있는 경우에는 의료 서비스적 지원을 제공할 수 있는 방안도 함께 고려될 수 있다.

나. 대학생 대상 성 및 생식보건 교육 프로그램

우리 사회의 성인들도 성과 피임 등에 대한 지식과 인식 수준이 그리 높지 않은 것으로 나타났으며, 특히 임신 건강과 관련해서는 더욱 열악한 실정이라고 할 수 있다. 대학 강의를 통한 성 및 임신 관련 지식 전달은 중고등학교에 비해 수업 내용을 높일 수 있으며, 임신 관련 영역에 대해 더욱 밀도 있는 접근이 가능할 수 있다. 그러므로 교양과목 개설 등을 통해 성 및 임신 건강 관련 교육을 실시하는 것은 매우 효과적인 임신 및 출산 건강 증진 방안이 될 수 있다.

수업의 진행은 교양 과목을 통한 수업, 학점 부여가 어려울 경우 수강 통과(pass, fail) 방식 운영, 성 및 생식보건 관한 전문적 수업을 위해 옴니버스식 강의 운영 등의 다양한 방식을 적용할 수 있을 것이다. 그리고 정부와 대학이 함께 전문 강사 양성을 위한 방안과 수업 내용 개발을 위한 노력을 기울일 필요가 있다.

4. 성인 대상 대중 홍보 및 교육

가. 인터넷을 통한 임신건강 정보 제공 및 인터넷 환경 개선

이 연구에서 보여준 바와 같이 우리사회의 많은 예비 임산부 및 임산부들은 과도할 정도로 인터넷에 의존하여 임신 준비 및 임신 건강에 관한 정보를 얻고 있다. 인터넷 카페 등 인터넷을 통한 임신건강 습득은 인터넷의 높은 접근성으로 인하여 빠른 정보를 얻을 수 있으며, 병의원 등을 통해 얻기에는 어려운 세세한 생활 정보들을 제공해준다는 장점을 분명히 가지고 있다. 그럼에도 불구하고 인터넷 정보의 의존은 잘못된 정보

이용, 정보의 자의적 해석 등의 문제들을 야기할 수 있으며, 다른 한편으로는 병의원이나 보건소 등 전문 보건 기관을 통한 정보수집을 기피하게 하는 원인이 될 수도 있다는 점에서 정책적 개입이 필요하다고 할 수 있다.

이를 위해서는 우선 현재 실행 중에 있는 ‘마더 세이프’ 등의 인터넷 정보 제공 프로그램을 더욱 활성화하고, 이를 적극적으로 홍보하여 임신 준비 여성 및 임신부의 참여를 확대할 수 있도록 하여야 한다. 그리고 전담 인력을 강화하여 전문 인력을 통한 실시간 상담 기능을 증진시키고, 다양한 전문인력들이 참여할 수 있는 체계를 개편하여 홍보 및 상담에 대한 내용을 강화할 필요가 있다. 이러한 노력들은 예비 임신부 및 임신부들로 하여금 임신건강 정보 습득에서 의료 전문가의 전문적 자문을 구하는 문화를 조성하면서, 인터넷 정보 의존 현상을 자연스럽게 대체해 나가게 해줄 것이다. 또한 현재 진행하고 있는 정신과, 내과, 피부과, 보건소 등 비산부인과 영역의 전문의료인들의 임신부를 위한 적절한 처치 및 정보제공 역할을 돕는 프로그램 역시 지속적으로 확대·발전시켜 의료계의 임신 전 관리의 중요성에 대한 인식 및 역량을 강화시킬 필요가 있을 것이다.

그리고 이러한 인터넷 정보 제공 프로그램의 강화가 더욱 효과를 발휘할 수 있도록 일반인들 대상 홍보의 개선도 함께 병행되어야 한다. 현재 임신부들이 많이 이용하는 인터넷 카페 및 사이트에 마더 세이프 등 정부에서 인증한 의학 전문상담 사이트들에 대한 소개 공지와 이들 사이트의 링크 배너 마련을 권고하는 것은 일반인들에 대한 홍보효과와 함께 실질적인 이용도를 높이는 효과적 수단이 될 것이다. 더불어 산부인과학회 등의 자문을 통해 표준화된 임신 건강 증진을 위한 ‘임신 준비행동 리스트’를 만들어 이를 임신부 이용 인터넷 카페 및 사이트를 통해 홍보하는 방안도 시행되어야 한다.

그리고 임신건강 준비에 있어서 자가적 판단의 위험성과 전문적 의료 지식의 이용의 필요성을 일깨우는 홍보를 일상적으로 진행하여야 한다. 이를 위해 인터넷을 통해 유포되는 대표적인 위험정보 및 정보 오용 사례들을 알리는 것도 좋은 방안이 될 것이다. 더불어 항시적으로 인터넷 카페들의 건강관련 게시글들을 모니터링하고, 위험 사항들을 시정을 권고할 수 있도록 하는 방안도 시행되어야 한다.

나. 성인대상 성교육 실시

성인들의 피임, 성, 임신 관련 지식 고양을 위해 성인들을 대상으로 한 성교육을 적극적으로 펼칠 필요가 있다. 이를 위해 다양한 성인 교육 채널들에 성교육 내용을 포함하도록 하여야 한다. 그리고 교육 내용에 있어서도 단순 정보의 전달을 넘어 일반인들이 경험하는 생활 속의 장애 해결책들을 포함할 수 있도록 교육 내용 개발에도 다각적 노력을 기울여야 한다.

다. 다양한 방식의 대중 홍보 방안 마련

임신을 앞둔 여성들은 물론이고 사회적 차원에서 임신 건강 관련 지식과 인식을 높일 수 있는 다양한 홍보 방안들을 마련하여야 한다. 이에는 방송 광고 등의 일반 대중을 대상으로 한 홍보와 함께 주요 대상을 특정화하여 맞춤형 정보를 제공해주는 방안들도 고민되어야 한다. 이러한 홍보 방안들은 다음과 같이 제안할 수 있다.

○ 방송 및 언론을 통한 대중 홍보

일반 대중을 대상으로 임신건강 준비 관련 정보를 제공하고, 더불어 임

신 전 출산건강 관리의 중요성에 대한 인식 수준을 높이기 위한 홍보

○ 가임기 여성 맞춤형 정보 제공

일반적으로 다량을 구매하는 생리대 팩 등에 엽산제 임신전 복용, 사전 검진 항목 등 임신 건강 관리에 관한 정보 안내물 포함 제공. 또한 출생 신고 시에도 임신 간 관리의 중요성을 안내하는 홍보물 제공

○ 임신 가능성이 높은 대상 정보 제공

혼인 신고 시 구청에서 임신준비 관련 정보 책자 제공. 이에 구청에서 제공하는 임신 및 출산 지원 대책도 함께 포함하여 정책 효과성 증진

○ 청소년 부모 교육

청소년을 둔 학부모들을 대상으로 산부인과 방문검진의 필요성 등을 홍보하고 실제 방문을 유도

○ 군인 및 예비군 대상 임신 교육 및 홍보물 제송

군인, 예비군, 민방위 소집자 등 연령 대상에 따른 맞춤형 정보 제공

라. 모성보호제도 의무 고지

여성 근로자 고용 시 사업장은 여성이 임신과 출산 시 이용 가능 모성보호제도를 근무 시작부터 의무적으로 공지하도록 하는 제도를 마련하도록 하여야 한다. 물론 이러한 제도적 장치들은 대부분 임신 중과 출산과 관련된 내용들이 대부분이지만, 여성들로 하여금 자신들이 보호받을 수 있는 권리들을 임신 이전부터 알게 하여, 그 권리를 적극적으로 보호하도록 한

다는 점에서 임신 전 준비를 위한 중요한 내용에 포함되어져야 한다.

이러한 내용들에는 근로기준법 등에서 정하고 있는 임신 중 임신부 및 태아의 건강을 보호를 위한 시간외근로 제한, 임신 중 태아검진시간제와 유급 처리, 출산 전후 휴가, 배우자 출산 휴가, 생리휴가 등을 포함한다. 더불어 법으로 정해진 사항들 외에도 사업장별로 제공되고 있는 임신과 출산 지원 내용들도 함께 공지 내용에 포함하도록 한다.

또한 사전 교육 대상에는 모든 여성 근로자들뿐만 아니라, 남성 특히 관리자들을 포함시켜야 할 필요가 있다. 이는 상위 직급의 관리자들이 해당 내용들을 충분히 인지하도록 하여, 여성 근로자들이 권리를 행사하고자 할 때 나타날 수 있는 업무적 혼선을 예방하는 데 목적이 있다. 더불어 모성보호의 책임이 여성 근로자들뿐만 아니라, 남성과 사회 모두에 있다는 점을 인식시키도록 하는 것도 또 다른 목적이라고 할 수 있다. 특히 군대와 같이 근로 사업장 이동이 잦은 직업군의 경우에는 여성 피고용자의 전입 시에도 이에 대한 교육과 공지를 의무화하도록 한다.

5. 보건소 기반 지역 출산건강 증진 방안

가. 부부 교육 및 예비부부 건강검진 프로그램 이용

많은 지자체에서는 관내 예비부부들을 대상으로 건강검진 서비스나, 임신 및 출산준비를 위한 부부 교육을 실시하고 있다. 예비부부 건강검진 서비스 이용 시 임신 준비에 관한 책자들을 제공하여 준다면 이들의 임신 건강준비 증진에 많은 도움을 줄 수 있을 것이다.

부부 교육은 많은 경우 출산호흡법, 수유법 교육 등 기능적 교육에 중점을 두고 있다. 부부교육 내용에 임신 위험 요소 및 임신 건강 증진을 위

한 내용과 부부 심리상담 등을 포함하여 실제 임신 및 출산건강 증진에 기여하도록 한다.

나. 지역 기반 임신 및 출산 건강 증진 방안 마련

지역 보건소는 지역에 기반한 임신 및 출산 건강 증진 정책을 시행하는데 중요한 역할을 할 수 있다. 학교, 지역 산부인과, 행정체계 등 지역 내 가용 자원을 활용하여 다양한 임신 전 준비 증진 사업을 실행할 수 있다. 이를 위해서는 이상에서 제시한 우리 동네 산부인과 의원, 학교 상담 및 보건 교사 등과의 긴밀한 네트워크를 조성할 필요가 있다.

참고문헌 <<

- 공명희·임용택(2011). 임신부의 양수염색체 검사를 통한 태아의 염색체 이상 위험인자별 이상율의 차이. 여가웰니스학회지, 2(3), pp.21~26.
- 공선희·김수연·이호준·김학성·이동우·김재운(2005). 재태기간 중 산모의 음주와 흡연에 노출된 신생아의 임상적 고찰. 대한소아과학회지, 48(1), pp.34~39.
- 김다은·김한솔·김현정·김혜정·노지연·전수련·정혜인·양숙자·김성남(2007). 20대 미혼여성의 생식기 건강문제와 의료기관 이용행위에 관한 조사연구, 이화간호학회지, 41, pp.82-94.
- 김동식·김영택·김태희(2011). 고령 임신부의 임신결과 및 정책지원 방안. 한국여성정책연구원.
- 김상미·조영태(2011). 사회경제적 수준에 따른 산모의 고연령이 영아 사망에 미치는 영향: 교육 수준을 중심으로. 보건과 사회과학, 29, pp.69-97.
- 김상원·이정주·김지현·이재희·윤신원·채수안·임인석·최응상·유병훈(2010). 우리나라 저체중출생아와 이에 관계된 인자의 변화양상, 1995-2007, 대한주산회지 21(3), pp.282-287.
- 김윤하·조혜연. 임신 중 약물사용의 최신지견(2009). Korean Journal of Obstetrics & Gynecology, pp.787-802.
- 김태은·이순표·박종민·황병철·김석영(2009). 건강한 고령 초산모에서 산모 연령이 임신결과에 미치는 영향, 대한주산회지 20(2), pp.146-152.
- 김해중(2007). 혼한 질환에 대한 임신 중 사용 가능한 약물. J Korean Med Assoc 2007; 50(5), pp.440 - 446.
- 박명숙·김정애·임종한·김환철·홍윤철·김진희(2013). 국제선천성기형이상감시기구(ICBDSR) 분류기준을 이용한 국내 7대 도시 선천성기형 추정유병률 분석. 한국독성학회 심포지움 및 학술발표회, pp.148~150.

- 박우영·양수진·김성완·김재민(2007). 임신과 정신약물(I) : 정신약물이 태아에게 미치는 영향, 생물치료정신의학 제13권 제1호, pp. 5-16
- 박재순·문미선·홍진희·이정은(2000). 임신경과에 영향을 미치는 건강위험행위. 여성건강간호학회지, 6(4), pp.549~565.
- 박정한·이주영·박순우·박성준(2004). 늦은 첫 임신이 저출생체중 및 조산에 미치는 영향. 한국모자보건학회지, 8(1), pp.7-15.
- 박혜숙·김영주·하은희·이화영·장남수·홍윤철·방명걸·김우경(2003). 임신부에서의 Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 유전자 병이, 엽산 및 비타민 B12 결핍과 고호모시스틴 혈증이 재태기간과 출산아의 체중에 미치는 영향. 한국환경성독연변이·발암원학회지(Environmental Mutagens & Carcinogens) 23(10), pp1-6.
- 송영우·신정희·윤영선·정현철·임형은·최병민·이정화·김해중·홍영숙·송지원(2010). 적절한 산전과리를 받지 않은 임신부와 신생아의 주산기 합병증. 대한주산회지, 21(4), pp.347~355.
- 신경림·박효정·배경의·차지영(2010). 한국 대학생의 성행동, 생식건강 관련 건강행위, 성경험 특성 실태, 성인간호학회지, 22(6), pp.624-633.
- 이난희(2008). 저출생체중아의 국제 동향, 국제사회보장동향. 9, pp.14-26.
- 이연미(2006). 가임기 여성 및 임신부에 대한약물사용평가. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 이정재(2002). 흡연이 임신에 미치는 영향. 대한주산의학회 Vol.13 No.4, pp. 357-365.
- 이진성(2008). 선천성 기형의 임상적 접근. 대한의학유전학회지, 5(2), pp.94~99.
- 이정주(2007). 여성의 첫 출산 연령이 저체중 출생아의 출생률에 미치는 영향, Korean Journal of Pediatrics 50(12), pp.1206-1211.
- 정성훈·김희영·김지희·최용성·이병섭·김기수·김애란(2013). 단일 신생아 중환자실에서 경험한 최근 10년간 선천성 기형의 변화. 대한주산회지, 24(1), pp.11~19.
- 조주연·김인규·이규형(1995). 약, 환경과 선천성기형 관계에 관한 연구. 대한산

- 부회지, 38(10), pp.1871~1880.
- 조주영·김영희(2006). 청소년의 위험 성행동과 관련된 개인, 가족, 주변 환경 체계요인의 경로모형, 대한가족학회지 44(3), pp. 181-195.
- 최원일·이희·양기원·최성은·강혜주·김정옥·소재성(2005). 30대 초반 산모의 임신과 출산에 관한 연구, 대한산부회지 48(9), pp.2073-2079.
- 최정수·서경·한영자·이승욱·부유경·이상욱·신창우·이난희(2009). 선천성이상아 조사 및 분석 연구. 한국보건사회연구원
- 최정수·이난희(2011). 출산관련행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 최정수·배중우·장윤실·이난희·홍월란(2012). 신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안, 한국보건사회연구원.
- 한경철·김대운·정수미·양원규·박철범·신봉규·신정환·홍서유(1999). 임신 중기 triple maker screening test의 다운 증후군의 예측성에 대한 고찰. 대한산부회지. 42(9), pp.1914~1918.
- 한정렬(2010). 임신 중「한잔쯤이야...」태아에게는 치명적, 대한보건협회 Vol. No.69, pp.4-5
- 허혁·황지영·김도균·이형중·심재철·양희생(2004). 35세 이상 고령산모의 임신과 출산에 관한 연구, 대한산부회지 47, pp.458-463.
- 홍성훈·김윤진·최형민·정병준·전명권·이용수(2002). 35세 이상 고령산모의 임신과 출산의 최근 동향에 관한 임상적 연구, 대한산부회지 45(4), pp.549-553.
- 황나미(2007). 가임기 여성의 출산에 영향을 미치는 생식건강 요인연구. 보건사회연구, 27(2), pp.122-141.
- 황나미·황정혜·김지은(2010). 저출산 극복을 위한 불임부부 지원 사업 현황과 정책, 한국보건사회연구원.
- 황나미·장인순·백소혜(2011). 2010년 난임부부 인공수정 시술비 지원사업 결과 분석 및 평가. 한국보건사회연구원.

Addis A, Sharabi S, Bonati M. (2000). Risk classification systems for

- drug use during pregnancy: are they a reliable source of information? *Drug Saf.* 23(3):245-253.
- Allaire, A.D. and R.C. Cefalo. (1998). "Preconceptional health care model", *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 78, pp. 163-168
- Astolfi P, Pasquale AD, Zonta LA. (1998). Paternal age and preterm birth in Italy, 1990 to 1998. *Epidemiology* 17: 218-221.
- Atrash, H.K., K. Johnson, M. Adams, J. F. Cordero, and J. Howse. (2006). Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act, *Maternal and Child Health Journal* 10(1), pp. 3-11.
- Barak, A. & W.A. FISHER. (2003). Experience with an Internet-based, theoretically grounded educational resource for the promotion of sexual and reproductive health, *Sexual and Relationship Therapy* 18(3), pp.293-308.
- Barker DJ. (2006). Adult consequences of fetal growth restriction. *Clin Obstet Gynecol* 49, pp.270-83.
- Berkowitz, G.S., M.L. Skovron, R.H. Lapinski, and R.L. Berkowitz. (1990). Delayed Childbearing and the Outcome of Pregnancy, *N Engl J Med.* 322, pp.659-664.
- Brost BC, Goldenberg RL, Mercer BM, Iams JD, Meis PJ, Moawad AH, Newman RB, Miodovnik M, Caritis SN, Thurnau GR, Bottoms SF, Das A, McNellis D. (1997). The Preterm Prediction Study: association of cesarean delivery with increases in maternal weight and body mass index, *Am J Obstet Gynecol.* 177(2), pp.333-7.
- Caldwell, C., A. Young, and S. Abelson. "Do Fathers matter? Paternal contributions to birth outcomes and racial disparities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 202(2) pp.99-100.

- Carl L Keen, B O Lönnerdal, Mari S Golub, Janet Y Uriu-Hare, Katherine L Olin, Andrew G Hendrickx and M Eric Gershwin. (1989). Influence of Marginal Maternal Zinc Deficiency on Pregnancy Outcome and Infant Zinc Status in Rhesus Monkeys, *Pediatric Research* 26, pp.470-477.
- Carter, S. L., Osofsky, J. D., & Hann, D. M. (1991). Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants, *Infant Mental Health Journal*, 12, pp.291-301.
- CDC. (1992). Recommendations for the Use of Folic Acid to Reduce the Number of Cases of Spina Bifida and Other Neural Tube Defects, *Morbidity and Mortality Weekly Report(MMWR)*, Sep. 11.
- CDC. (2006). Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care: United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 55(6), April 21.
- Chen XK, Wen SW, Krewski D, Fleming N, Yang Q, and Walker MC. (2008). Paternal age and adverse birth outcomes: teenager or 40+, who is at risk?. *Human Reproduction* 23(6): 1290-1296.
- Coley, R.L. and P.L. Chase-Lansdale. (1998). Adolescent Pregnancy and Parenthood: Recent Evidence and Future Directions, *American Psychologist* 53(2), pp.152-166.
- Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, Souza JP, de Moraes SS. (2009). Factors Associated with Low Birth Weight in a Historical Series of Deliveries in Campinas, Brazil, *Rev Assoc Med Bras* 255, pp.692-9.
- Delisle H.(2002). Foetal programming of nutrition-related chronic diseases, *Sante* 12(1), pp.56-63.
- Eastman, NJ, & Jackson, E. (1968). Weight relationships in pregnancy,

- Obstetrical Gynecological Survey*, 23, pp.1003-1025.
- Evans RG, and GL. Stoddart. (1990). Producing health, consuming health care, *Soc Sci Med* 31, pp.1347-63.
- Fairley L. (2005). Changing Patterns of Inequality in Birthweight and Its Determinants: A Population-based Study, Scotland 1980-2000, *Paediatr Perinat Epidemiol* 19, pp.342-51.
- Fisher, W.A. & J.D. Fisher. (1998). Understanding and Promoting Sexual and Reproductive Health Behavior: Theory and Method, *Annual Review of Sex Research* 9(1), pp.39-76.
- Food and Drug Administration. (1979). Pregnancy labeling. *FDA Drug Bull*, pp.23-24.
- Food and Drug Administration. (1996). Food Standards: Amendment of Standards of Identity for Enriched Grain Products to Require Addition of Folic Acid, *Federal Register* 61, pp.8781-8797.
- Franklin, C. & J. Corcoran. (2000). Preventing adolescent pregnancy: A review of programs and practices, *Social Work* 45, pp.40 - 52.
- Ganesh Kumar S, Harsha Kumar HN, Jayaram S, Kotian MS. (2010). Determinants of low birth weight: a case control study in a district hospital in Karnataka, *Indian J Pediatr* 77, pp.87-9.
- Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. (2003). The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight. *Obstet Gynecol* 102: pp.488-92.
- Hibbard, BM. (1993). Folate and fetal development, *Br. J. Obstet. Gynaecol* 100: pp.307-309.
- Horwitz, S. M., Klerman, L. V., Kuo, H. S., & Jekel, J. F. (1991). Intergenerational transmission of school-age parenthood, *Family Planning Perspectives*, 23(4), pp.168-172.
- Hotz, V. J., McElroy, S. W., & Sanders, S. G. (1997). The costs and

- consequences of teenage childbearing for mothers. In R. A. Maynard (Ed.), *Kids having kids: Economic costs and social consequences of teen pregnancy*, pp.55-94. Washington, D.C.: The Urban Institute Press.
- Institute of Medicine. (1998). Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B6, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline. National Academy Press, Washington DC, p.157.
- Kajantie E, Osmond C, Barker DJ, Forsén T, Phillips DI, Eriksson JG. (2005). Size at birth as a predictor of mortality in adulthood: a follow-up of 350,000 person-years, *Int J Epidemiol* 34, pp.655-63.
- Kaplan GA, and Salonen JT. (1996). Socioeconomic conditions in childhood and ischaemic heart disease during middle age, *BMJ* 301, pp.1121-50.
- Kim, S. M. (2003). Knowledge on sexuality and needs of sex education for college student", *Korean Journal of Women Health Nursing* 9 (4), pp.489-498.
- Kirz, D.S., W. Dorchester, and R.K. Freeman. (1985). Advanced Maternal Age: The Mature Gravida, *Am J Obstet Gynecol.* 152(1), pp.7-12.
- Korenbrot, C.C., A. Steinberg, C. Bender, and S. Newberry. (2002). Preconception Care: A Systematic Review, *Maternal and Child Health Journal*, 6(2), pp.75-88.
- Lacroix, I., C Damase-Michel, M Lapeyre-Mestre, J L Montastruc. (2000) Prescription of drugs during pregnancy in France. *THE LANCET*; Vol 356
- Lenz, W. & K. (1962). *Thalidomide Embryopathy*, *Archives of*

- Environmental Health: An International Journal*, 5:2, pp.14-19.
- Lu MC. and N. Halfon. (2003). Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective, *Matern Child Health J.* 7(1), pp.13-30.
- Milner, M. C. Barry-Kinsella, A. Unwin, R.F. Harrison. (1992). The Impact of Maternal Age on Pregnancy and Its Outcome, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 38(4), pp.281-286.
- Miozzo M and Simoni G. (2002). The role of imprinted genes in fetal growth. *Biological Neonate* 81: pp.217-228.
- Misra, D.P., B. Guyer, and A. Allston. (2003). Integrated perinatal health framework: A multiple determinants model with a life span approach, *American Journal of Preventive Medicine* 25(1), pp.65-75
- Moore, K. A., Myers, D. E., Morrison, D. R., Nord, C. W., Brown, B., & Edmonston, B. (1993). Age at first childbirth and later poverty. *Journal of Research on Adolescence*, 3(4), pp.393-422.
- Nahum GG, Stanislaw H. (2003). Validation of a birth weight prediction equation based on maternal characteristics. *Journal of Reproduction Medecine* 47: pp.752-760.
- Olshan AF, Ananth CV, Savitz DA. (1995). Intrauterine growth retardation as an endpoint in mutation epidemiology: an evaluation based on paternal age. *Mutat Res* 344: pp.89-94.
- Paikoff, R. L. (1995). Early heterosexual debut: Situations of sexual possibility during the transition to adolescence, *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), pp.389-401.
- Parker JD, Schoendorf KC. (1992). Influence of paternal characteristics on the risk of low birth weight. *Am J Epidemiol* 136:

- pp.399-407.
- Phibbs CS, Schmitt SK. Estimates of the cost and length of stay changes that can be attributed to one-week increases in gestational age for premature infants. *Early Human Development* 82: 85-95.
- Powers C, and Hertzman C. (1997). Social and biological pathways linking early life and adult disease, *Br Med Bull*, 53, pp.210-21.
- Reichman NE, Teitler JO. (2006). Paternal age as a risk factor for low birthweight. *Am J Public Health* 96: pp.862-6.
- Rogowski J. (1999). Measuring the cost of neonatal and perinatal care, *Pediatrics* 103, pp.329-35.
- Scholl, T.O. and W.G. Johnson. (2000). Folic acid: influence on the outcome of pregnancy, *Am J Clin Nutr.* 71(5), pp.1295S-303S.
- Shaw, G.M, C.R Wasserman, C.D O'Malley, M.M Tolarova, and E.J Lammer. (1995). Risks of orofacial clefts in children born to women using multivitamins containing folic acid periconceptionally, *The Lancet* Vol. 346 Issue 8972, pp.393-396.
- Shin SM, Chang YP, Lee ES, Lee YA, Son DW, Kim MH, Choi YR. (2005). Low Birth Weight, Very Low Birth Weight Rates and Gestational Age-Specific Birth Weight Distribution of Korean Newborn Infants. *Journal of Korean medical science* 20(2): pp.182-187.
- Urduy, J. R., Kovenock, J., & Morris, N. M. (1996). Early predictors of nonmarital first pregnancy and abortion, *Family Planning Perspectives*, 28, pp.113-116.
- Zhu JL, Madsen KM, Vestergaard M, Basso O, Olsen J. (2005). Paternal age and preterm birth. *Epidemiology* 16: pp.259-262.

부록 <<

임신준비 및 출산에 대한 조사표

ID				
----	--	--	--	--

안녕하십니까?
 저는 조사전문기관인 한국리서치의 면접원 _____입니다.
 저희는 국무총리실 산하 한국보건사회연구원의 의뢰로 여성의 임신준비와 출산경험에 대한 조사를 수행하고 있습니다. 여러분이 응답해 주시는 내용은 다른 분들의 의견과 함께 집계·분석되어 여성의 임신과 건강증진 및 건강한 자녀 출산을 지원하는 정책 수립을 위한 중요한 기초자료로 사용될 것입니다.
 이 조사에서 응답하신 내용은 통계법 제 33조에 따라 개인정보의 보호를 받습니다. 응답하신 내용은 순수 연구의 목적으로만 사용되며, 연구 이외의 다른 목적으로 절대 사용되지 않습니다. 여성의 건강증진 및 건강한 자녀 출산을 위한 본 조사가 성공적으로 완수될 수 있도록, 한 문항도 빠짐없이 솔직하게 응답하여 주실 것을 부탁드립니다.
 귀중한 시간을 내어 조사에 참여해 주셔서 다시 한 번 감사드립니다.

- 주관기관 :  한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs
- 조사기관 :  Hankook Research
- 문 의 처 : (주)한국리서치 여론조사1부 유은정 부장 ☎ 02-3014-0084
 (주)한국리서치 자료조사부 김지혜 팀장 ☎ 02-3014-0710

이름		연락처	-
성별	① 남 <input type="checkbox"/> 설문중단 ② 여 <input type="checkbox"/>	가장 어린 자녀 개월수	_____개월 <input type="checkbox"/> 37개월 이상 설문중단 (2010년 8월 이전 출생 설문 중단)
최근 출산당시 응답자 연령	① 만20세~24세 ② 만25세~29세 ③ 만30~34세 ④ 만35~39세 ⑤ 만40~49세 * 자녀 생일이 본인 생일 보다 빠른 경우 : 자녀 생년 - 본인 생년 - 1 * 자녀 생일이 본인 생일과 같거나 느린 경우 : 자녀 생년 - 본인 생년		
주소	_____시/도 _____시/군/구 _____읍/면/동 (세부주소)		
시도	① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 인천 ⑤ 광주 ⑥ 대전 ⑦ 울산 ⑧ 경기 ⑨ 강원 ⑩ 충북 ⑪ 충남 ⑫ 전북 ⑬ 전남 ⑭ 경북 ⑮ 경남		
동부/읍면부	① 대도시 ② 중소도시 동부 (~ 동) ③ 중소도시 읍면부 (~ 읍, ~ 면)		
면접일시	월 일 시 분	면접시간	분 동안
면접원 성명		검증결과	

문8. 이 아이 출산 직전 __님의 체중은 어떠하셨습니다?

■ 출산 직전 체중 _____kg



다음은 __님의 임신 계획에 대한 질문입니다.

* 다음은 가장 최근 출산한 자녀의 임신계획에 대한 질문입니다.

문9. 이 아이의 임신은 계획된 임신이었습니까?

- ① 출생 시기까지 고려한 계획된 임신이었음
- ② 출산 시기까지는 아니지만 출산을 계획한 임신이었음
- ③ 임신 계획이 없었음
- ④ 기타 _____

문10. __님께서 이 아이를 임신하신 시기는 언제였습니까?

- ① 결혼 후
- ② 결혼 전이지만 사실혼(동거) 관계 중
- ③ 결혼 및 동거 이전



다음은 __님의 임신 당시(임신 전 3개월부터 임신 확진 시까지) 상황에 대한 질문입니다.

* 다음은 가장 최근 출산한 자녀의 임신을 확진을 받은 당시에 그로부터 3개월 전까지에 대한 질문입니다.

문11. __님께서 임신 확진 3개월 전에 다음 중 어디에 거주하고 계셨습니까?

- ① 대도시 (특광역시)
- ② 중소도시 지역 (~ 동)
- ③ 중소도시 읍면부 (~ 읍, ~ 면)

문12. __님께서 임신 확진 3개월 전부터 임신 확진 시까지 직업 활동을 하고 있었습니까?

- ① 예
- ② 아니오 → **문15**

문45. __님께서는 각 정보 제공처의 임신 및 출산에 대한 정보들에 대해 얼마나 신뢰하십니까? 이용 경험이 없으신 경우라도 평소 신뢰하시는 정도를 응답해 주십시오.

	매우 신뢰함	대체로 신뢰함	별로 신뢰하지 않음	전혀 신뢰하지 않음
인터넷(카페, 블로그등)	①	②	③	④
임신/출산 관련 서적	①	②	③	④
병원상담	①	②	③	④
보건소	①	②	③	④
친정/시 어머니나 가족	①	②	③	④
친구나 직장 동료	①	②	③	④

문46. __님께서는 임신 및 출산 준비에 관한 교육은 일반적으로 언제부터 실시하는 것이 바람직하다고 생각하십니까?

- ① 청소년기 ② 20대 초반 ③ 결혼 전후
 ④ 임신 직전 ⑤ 임신 중 ⑥ 필요 없음

 다음은 __님의 최근 출산 바로 이전의 임신 및 출산결과(최근 출산아 이전의 직전 임신)에 대한 질문입니다.

* 다음은 가장 최근 출산 바로 이전의 임신과 출산에 대한 질문입니다.

문47. __님께서는 가장 최근 출산 이전에 임신을 하신 경험이 있으십니까?

- ① 예 ② 아니오 → **문54**

문47-1. __님의 그 임신의 확진 시기는 언제였습니까?

■ _____년 _____월

문48. __님의 직전 임신의 출산결과는 어떠하였습니까?

- ① 정상출산 → **문50** ② 자연유산
 ③ 인공유산 ④ 사산

 **부부 및 배우자 특성에 대한 질문입니다.**

* 배우자는 가장 최근 출산한 자녀의 생부를 의미합니다.

배문1. 현재 함께 살고 있는 가구원은 본인을 포함하여 몇 명입니까?

■ _____ 명

배문2. __님과 배우자분은 몇 년 생이십니까?

		응답
응답자	■ _____	년생
배우자	■ _____	년생

배문3. __님과 배우자분의 결혼년월은 어떻게 되십니까?

■ _____ 년 _____ 월

배문4. __님과 배우자분의 졸업기준의 최종 학력은 어떻게 되십니까?

		응답	보기
응답자			① 무학 ② 초등학교 ③ 중학교 ④ 고등학교
배우자			⑤ 2,3년제 대학 ⑥ 4년제 대학 ⑦ 석사 ⑧ 박사

배문5. __님과 배우자분의 직업은 다음 중 무엇입니까?

		응답	보기
응답자			① 관리자 ② 전문가 및 관련 종사자 ③ 사무종사자 ④ 서비스 종사자 ⑤ 판매 종사자 ⑥ 농림어업 숙련 종사자
배우자			⑦ 기능원 및 기능 종사자 ⑧ 장치기계 조작 및 조립 종사자 ⑨ 단순 노무 종사자 ⑩ 군인 ⑪ 무직/퇴직/기타

배문6. __님댁의 현재 가구 소득은 얼마정도 입니까? 임금, 연금, 이자, 용돈, 임대 수입 등을 포함하여 세전 소득으로 응답해 주십시오.

■ _____만원

배문7. __님의 현재 신장은 어떻게 되십니까?

■ _____cm

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 회비납부

- 홈페이지를 통해 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행 019-219956-01-014 (예금주: 한국보건사회연구원)

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-01	근거중심보건의정책에 필요한 연구근거 현황 및 활용	김남순
연구 2013-02	국민건강증진기금사업의 운영현황과 개선방안 연구	김혜련
연구 2013-03	의료서비스산업의 경쟁구조 및 경영효율성에 관한 연구	김대중
연구 2013-04	보건의료서비스 분야의 소비자 위상과 권리	윤강재
연구 2013-05	식품분야 규제정책의 변화와 향후 식품안전 관리강화를 위한 규제합리화	정기혜
연구 2013-06	화장품 및 의약품에 대한 소비자 중심적 연구	김정선
연구 2013-07	보건의료분야 국가연구개발사업 운영현황 및 개선방안	박은자
연구 2013-08	진료비지출 요인분석 및 거시적 관리방안	신현웅
연구 2013-09	의약품 정책이 의사의 처방에 미친 영향 연구	박살바아
연구 2013-10	한국의 건강불평등 지표와 정책과제	김동진
연구 2013-11	한국 의료의 질 평가와 정책과제 I: 한국 의료의 질 보고서 설계	강희정
연구 2013-12	국민연금기금운용 중장기 정책수립	원종욱
연구 2013-13	소득분배 약화의 산업구조적 원인과 대응 방안	강신욱
연구 2013-14	소득계층별 순조세부담의 분포에 관한 연구	남상호
연구 2013-15	저소득층 현금 및 현금서비스 복지지출의 사회경제적 영향분석	김태완
연구 2013-16	기회의 불평등 측정에 관한 연구	김문길
연구 2013-17	2013년 빈곤통계연보	임완섭/노대명
연구 2013-18	고용-복지 연계정책의 국제비교 연구: 한중일의 최근 정책변화를 중심으로	노대명
연구 2013-19	근로 및 사회정책에 대한 국민의식 분석	이현주
연구 2013-20	한국복지패널 연계 질적 연구(3차): 취약계층의 삶을 중심으로	김미곤
연구 2013-21	사회서비스 수요-공급의 지역단위 분석 연구	박세경
연구 2013-22	사회복지영역의 평가제도 분석 및 개선방안	정홍원
연구 2013-23	장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로	김성희
연구 2013-24	장애인지원서비스의 질과 공급특성 분석 연구	박수지
연구 2013-25	복지재정 DB구축과 지표 분석	박인화
연구 2013-26	중앙과 지방의 사회복지재정 형평화 연구: 재정분담체계 재구조화를 중심으로	고제이
연구 2013-27	사회보장 중장기 재정추계 모형개발을 위한 연구	신화연
연구 2013-28	사회보장 재원조달에서의 세대 간 형평성 제고방안 연구	유근훈
연구 2013-29	의료기관의 개인정보보호현황과 대책	정영철
연구 2013-30	우리나라 아동빈곤의 특성	정은희
연구 2013-31-01	한중일 인구동향과 국가 인구전략	이삼식
연구 2013-31-02	인구예측모형 국제비교 연구	이삼식
연구 2013-31-03	자녀 양육 지원 정책 평가와 개선 방안	신윤정
연구 2013-31-04	보육서비스 공급 적정성 분석 및 개선방안 연구	김은정
연구 2013-31-05	아동보호체계 연계성 제고방안	김미숙
연구 2013-31-06	여성고용 활성화 방안 연구	여유진
연구 2013-31-07	출산-보육 통계생산 및 관리효율화 연구	도세록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2013-31-08	가구 가족의 변동과 정책적 대응방안 연구	김유경
연구 2013-31-09	저출산 고령화 대응 인구 자질 향상 방안 고령 임신부의 출산 실태와 정책 과제	이소영
연구 2013-31-10	저출산고령사회에서의 일차의료기관 모형개발	황나미
연구 2013-31-11	저출산고령사회 동태적분석을 위한 지역 추적조사: 사례지역을 중심으로	오영희
연구 2013-31-12	저출산 고령화 시대의 한국 가족주의에 대한 진단과 정책적 함의	외부위탁
연구 2013-31-13	남북한 통합 시 적정인구 연구	이삼식
연구 2013-31-14	중노년층의 삶의 질과 정책과제	정경희
연구 2013-31-15	고령화 대응 노인복지서비스 수요전망과 공급체계 개편연구	이윤경
연구 2013-31-16	다층노후소득보장체계 관점에서의 공적연금제도 개편 방안	윤석명
연구 2013-31-17	노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안	선우덕
연구 2013-31-18	요양병원과 요양시설의 역할정립방안연구: 연계방안을 중심으로	김진수
연구 2013-31-19	효과적 만성질환 관리방안 연구	정영호
연구 2013-31-20	인구고령화가 소비구조 및 산업생산에 미치는 영향 연구	외부위탁
연구 2013-31-21	여성노인의 노후빈곤 현황 및 대응정책	외부위탁
연구 2013-31-22	농촌 노인일자리의 현황과 정책과제	외부위탁
연구 2013-31-23	평생교육관점에서 바라본 노년교육의 현황과 정책과제	이윤경
연구 2013-32-1	지방자치단체의 건강영향평가 및 지식포털운영	서미경
연구 2013-32-2	건강영향평가(HW)성과평가 및 건강행태위험요인의 사회경제적 격차감소를 위한 전략평가	최은진
연구 2013-33	아시아국가의 사회정책 비교연구: 건강보장	홍석표
연구 2013-34	취약위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례관리 연구(4년차)	정은희
연구 2013-35	2013년 친서민정책으로서 사회서비스 일자리 확충전략III: 사회서비스산업-제3섹터-고용창출 연계 모델	이철선
연구 2013-36	2013년 보건복지통계정보시스템 구축 및 운영	오미애
연구 2013-37	인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영: 빅 데이터 활용방안을 중심으로	송태민
연구 2013-38	2013년 사회정신건강 연구센터 운영: 한국사회의 갈등 및 병리현상의 발생현황과 원인분석 연구	이상영
연구 2013-39	2013년 지방자치단체 복지정책 평가센터 운영	김승권
연구 2013-40-1	2013년 한국복지패널 기초분석 보고서	이현주
연구 2013-40-2	2013년 한국복지패널 심층분석 보고서: 신규 표본가구 통합DB(KOWEPS_Combined)을 중심으로	최현수
연구 2013-41	2011년 한국의료패널 기초분석 보고서(II): 만성질환관리, 일반의약품이용, 임신출산, 부가조사	최정수
협동 2013-1	비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구(3년차)	오영호
협동 2013-2	가임기 여성 임신 전 출산건강 관리지원 방안 연구	이상립